



**Centro Universitário de Brasília
Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento - ICPD**

ARIELBA BORGONHA QUERINO FAIM

**O PAPEL DA FAMÍLIA NO DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DO
SUJEITO: UMA LEITURA WINNICOTTIANA**

Brasília
2015

ARIELBA BORGONHA QUERINO FAIM

**O PAPEL DA FAMÍLIA NO DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DO
SUJEITO: UMA LEITURA WINNICOTTIANA**

Trabalho apresentado ao Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD) como pré-requisito para obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria Psicanalítica

Orientadora: Profa. Dra. Lívia Milhomem Januário

Brasília
2015

ARIELBA BORGONHA QUERINO FAIM

**O PAPEL DA FAMÍLIA NO DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DO
SUJEITO: UMA LEITURA WINNICOTTIANA**

Trabalho apresentado ao Centro
Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD)
como pré-requisito para a obtenção de
Certificado de Conclusão de Curso de
Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria
Psicanalítica.

Orientadora: Profa. Dra. Lívia Milhomem
Januário

Brasília, 15 de dezembro de 2015.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Lívia Milhomem Januário

Profa. Dra. Isa Maria Lopes Paniago

Prof. Dr. Gilson Ciarallo

Às mães e aos pais que juntos, por meio do amor que os une, contribuem para que seus bebês sejam indivíduos saudáveis e, assim, possam formar uma família saudável.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus que me abençoou com mais esta vitória em minha vida.

À Sagrada Família, modelo de fé e união para a humanidade.

Aos meus pais pelo ensinamento do valor da vida e do significado do que é ser verdadeiramente uma família.

Ao meu marido e melhor amigo, companheiro de todas as horas que sempre me incentivou em minhas conquistas.

Aos meus filhos pelo apoio incondicional à minha decisão de voltar aos estudos e à escuta atenta sobre as alegrias e angústias que em mim eram suscitadas após muitas aulas.

À professora Lívia Milhomem por me apresentar Winnicott, de forma tão espontânea, e pelas valiosas orientações no desenho deste trabalho.

A todos os professores por sua dedicação e comprometimento na apreensão desse universo que é a Psicanálise.

Aos meus colegas de turma, que por meio de sua convivência me proporcionaram novo ânimo em continuar a caminho.

“Lar é de onde se vem.”
Eliot (1943)

RESUMO

O presente estudo se propõe a apresentar e compreender as fases percorridas pelo sujeito em seu desenvolvimento emocional e os fatores que ocorrem no contexto familiar, os quais contribuem para que esse desenvolvimento seja saudável ou não. Objetivou-se refletir quanto à teoria de Winnicott acerca do desenvolvimento emocional e sua contribuição sobre o papel da família no processo de amadurecimento, evidenciar as falhas na família ou no ambiente que levam ao adoecimento mental, e relacionar o desenvolvimento emocional ao adoecimento mental, abarcando assim, todo esse processo no contexto familiar. Para alcançar esses objetivos, realizou-se uma revisão bibliográfica das obras de Winnicott e de autores contemporâneos — que se interessam por sua obra — e apresentou-se uma ilustração clínica na qual se observa a influência da família no adoecimento mental do sujeito. No primeiro capítulo, apresentou-se a contribuição de Winnicott acerca da família e da constituição psíquica do sujeito, tendo como base sua obra “A Família e o Desenvolvimento Individual” (1965/2001). No segundo capítulo, analisou-se as concepções acerca da saúde e do adoecimento mental à luz da teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott. No terceiro capítulo, buscou-se refletir sobre sua teoria e o adoecimento mental a partir de uma ilustração clínica, contextualizando a influência da família sobre o desenvolvimento emocional do sujeito e seu adoecimento mental. Com este estudo, pode-se concluir que o relacionamento entre a mãe e o bebê nos primeiros anos de vida é de fundamental importância para que o bebê tenha um desenvolvimento emocional saudável. No entanto, para que isso aconteça, tanto a mãe quanto o bebê precisam da participação ativa do pai, assim como de toda a família, possibilitando que, não só o bebê, mas todos da família tenham um amadurecimento individual saudável em qualquer fase da vida.

.

Palavras-chave: Adoecimento mental. Desenvolvimento emocional. Família. Relacionamento mãe-bebê. Winnicott.

ABSTRACT

The following study aims to present and understand the stages covered by the subject along his emotional development and the factors that occur within the familiar context which contribute to this development be or not to be healthy. The objective was to consider the Winnicott's theory of emotional development and their contribution to the family's role in the maturation process, to point the flaws in the family or the environment that lead to mental illness, and to relate the emotional development to mental illness, covering this whole process within the familiar context. To achieve these goals, it was produced a literature review about the Winnicott's works and contemporary authors - who were interested on his literature -, and was presented a clinical illustration in which we observe the family's influence on the mental illness of the subject. The first chapter presents Winnicott's contribution about the family and the psychic constitution of the subject, based on the book "The Family and Individual Development" (1965/2001). The second chapter analyzes the conceptions about health and mental illness in the light of the Winnicott's theory of emotional development. The third chapter deliberates about his theory and about the mental illness from the view of a clinical illustration, contextualizing family's influence between on the emotional development of the subject and on his mental illness. With this study, it was able to conclude that the relationship between mother and baby during the first years of life has a fundamental importance for the baby's healthy emotional development. However, to make it happen, both mother and baby need the active participation of the father, as long as the whole family, enabling not only the baby but everyone in the family to have an individual healthy maturation at any stage of life.

Keywords: Mental Illness. Emotional development. Family. Mother-infant relationship. Winnicott.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1 FAMÍLIA E WINNICOTT	12
1.1 A família e o primeiro ano de vida	12
1.2 A família e a criança	21
1.3 A família e a adolescência	25
1.4 A família e o amadurecimento do sujeito	28
1.5 Fatores que interferem na dinâmica familiar	31
2 ADOECIMENTO MENTAL E WINNICOTT	35
2.1 Concepções acerca da saúde mental	35
2.2 Concepções acerca do adoecimento mental	37
3 REFLEXÕES SOBRE A TEORIA DE WINNICOTT E O ADOECIMENTO MENTAL	49
3.1 Caso clínico	49
3.2 Considerações acerca do caso clínico e da teoria de Winnicott	58
CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS	73

INTRODUÇÃO

Estudar o papel da família no desenvolvimento emocional do indivíduo é olhar e compreender o lugar onde tudo tem início na vida de uma pessoa, uma vez que é na família que ela empreende a longa jornada que a conduz da relação inicial mãe-bebê ao estado de maturidade enquanto indivíduo, em qualquer fase de seu processo de amadurecimento.

A família foi amplamente estudada por Donald W. Winnicott, que por meio de suas experiências clínicas como pediatra e psicanalista, observa sua influência no desenvolvimento emocional da criança, atribuindo importante papel ao contexto em que os fenômenos acontecem.

Para Winnicott (1965/2001), a família é o primeiro grupo social em que o sujeito encontra-se inserido e pode ser definida a partir do momento em que a criança em desenvolvimento tem contato com as forças que operam na sociedade e essa interação, criança em desenvolvimento e sociedade, é a mesma que acontece na relação original entre criança e mãe, onde o mundo representado pela mãe pode vir a auxiliar ou impedir sua tendência inata ao crescimento.

Dessa forma, tendo Winnicott como referencial teórico, o presente estudo se propõe a apresentar e compreender as fases percorridas pelo sujeito em seu desenvolvimento emocional e quais os fatores que ocorrem no contexto familiar que contribuem para que esse desenvolvimento seja saudável ou não.

Os objetivos do presente trabalho são refletir sobre a teoria de Winnicott acerca do desenvolvimento emocional e sua contribuição sobre o papel da família no processo de amadurecimento, evidenciar as falhas que ocorrem na família ou no ambiente que levam ao adoecimento mental e relacionar o desenvolvimento

emocional ao adoecimento mental, abarcando assim, todo esse processo no contexto familiar.

Para alcançar esses objetivos, realizou-se uma revisão bibliográfica das obras de Winnicott e de autores contemporâneos que se interessam por sua obra.

Com o intuito de tornar mais evidentes as descobertas de Winnicott, insere-se uma ilustração clínica em que se observa a influência da família no adoecimento mental do sujeito, buscando relacioná-la à sua teoria do desenvolvimento emocional.

A escolha por Donald W. Winnicott deve-se ao seu pensamento e contribuições à psicanálise, por meio de seus estudos e experiência clínica com bebês, crianças, adultos e psicóticos ao longo de mais de 40 anos, que possibilitam a compreensão do desenvolvimento emocional do sujeito e as falhas que ocorrem no ambiente, resultando nos quadros de adoecimento mental.

Outro ponto a ser colocado refere-se ao interesse pessoal no estudo da obra de Winnicott em razão da formação desta autora em Terapia Sistêmica Conjugal e Familiar. No percurso dos quatro semestres do curso Teoria Psicanalítica, foi Winnicott quem despertou o interesse em estudar mais a família e o desenvolvimento psíquico quando ele relaciona saúde psíquica e o meio ambiente. Este pensamento de Winnicott era o que faltava para aproximar as duas vertentes clínicas, Terapia Sistêmica e Psicanálise, no sentido de entender que o que acontece na família influencia no modo de ser do sujeito em sua dimensão e estrutura psíquica.

Com este estudo, espera-se demonstrar a importância dessa relação entre o desenvolvimento do sujeito e a família, buscando proporcionar a disseminação de um olhar mais atento, tanto na clínica quanto nos meios acadêmicos, às questões

que envolvem a família como o lugar em que o desenvolvimento emocional acontece.

O presente trabalho foi então estruturado em três capítulos.

O primeiro capítulo apresenta a contribuição de Winnicott acerca da família e da constituição psíquica do sujeito, tendo como base sua obra “A Família e o Desenvolvimento Individual” (1965/2001), que apresenta o processo de maturidade emocional do sujeito no contexto familiar.

O segundo capítulo proporciona uma análise sobre as concepções acerca da saúde e do adoecimento mental à luz da teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott.

O terceiro capítulo traz uma reflexão sobre a teoria de Winnicott e o adoecimento mental, a partir de uma ilustração clínica que tem como objetivo contextualizar a influência da família sobre o desenvolvimento emocional do sujeito e seu adoecimento mental.

1 FAMÍLIA E WINNICOTT

Para a construção deste capítulo, tomou-se como base o texto de Winnicott (1965/2001) “A Família e o Desenvolvimento Individual”, que apresenta o processo de maturidade emocional do sujeito no contexto familiar.

Segundo Winnicott, para que o indivíduo percorra todas as fases deste processo, ele tem pela frente o caminho que se inicia no útero materno, passando pela experiência do nascimento, chegando à fase em que ainda é um bebê, depois pela infância, adolescência, idade adulta e velhice, só terminando com a morte.

Dessa forma, este capítulo contempla a importância da família nas principais fases do desenvolvimento emocional do sujeito e os fatores que impactam nesse processo.

1.1 A família e o primeiro ano de vida

Com relação à família e o primeiro ano de vida, Winnicott (1958/2001), observa que o desenvolvimento emocional tem lugar desde o princípio e a estruturação da personalidade e do caráter são influenciadas pelas ocorrências dos primeiros dias e horas de vida e mesmo do último estágio da vida pré-natal, considerando também que a experiência do nascimento é significativa para que o desenvolvimento se dê de forma saudável.

Uma das concepções de Winnicott (1958/2001) diz respeito ao indivíduo como dotado de uma tendência inata a se desenvolver e a se unificar. No entanto, apesar

de inata, esta tendência precisa de um ambiente facilitador que forneça cuidados que sejam suficientemente bons.

Outra concepção seria que o bebê não existe sozinho. Com essa afirmação Winnicott pretende enfatizar que quando se vê um bebê, também se vê sua mãe, os cuidados maternos e o ambiente. Para ele, o primeiro ambiente que se constitui para o bebê é a mãe, e no princípio os dois estão fundidos em uma estrutura ambiente-indivíduo (ABRAM, 2000), colocando, assim, a mãe como o ambiente favorável que reconhece a dependência do bebê e se adapta constantemente às suas necessidades.

Ainda neste mesmo pensamento, Outeiral (2007) vai dizer:

Donald Winnicott, freudianamente, escreveu que “não existe esta coisa de um bebê sem uma mãe”; eu acrescento, não sendo nada original, que não existe mãe sem pai e que mesmo a ausência deste é, paradoxalmente, uma presença marcante. Sigo a linha de pensamento de Donald Winnicott, que ao escrever que não existe bebê sem mãe está também registrando que não existe mãe, nem bebê, sem pai, sem família.

Buscando entender estas necessidades mais precoces do bebê para a aquisição da independência no primeiro ano de vida, Winnicott (1963b/1983) chama atenção para os estágios iniciais de seu desenvolvimento emocional. Para ele, o processo que chama de maturativo depende da provisão do ambiente para sua evolução. O ambiente favorável torna possível o progresso continuado dos processos de maturação, embora o ambiente não faça a criança e, na melhor das hipóteses, possibilita que ela concretize seu potencial.

Nasio (1995, p. 183) elucida a expressão “processo de maturação” de Winnicott, como o processo que:

aplica-se à formação e à evolução do eu, do isso e do supereu, bem como ao estabelecimento dos mecanismos de defesa elaborados pelo eu num indivíduo sadio. A saúde psíquica, portanto, repousaria no livre desenrolar desses processos de maturação. Entretanto, é o ambiente, inicialmente representado pela mãe ou por um de seus substitutos, que permite ou entrava o livre desenrolar desses processos.

Winnicott (1958/2001, 1963b/1983) também compreende que o ser humano amadurece em uma progressão da dependência à independência em relação ao ambiente, iniciando pelo período da dependência absoluta, que se dá nos primeiros seis meses de vida, progredindo para a dependência relativa, que ocorre dos seis meses aos dois anos e por fim, o período denominado rumo à independência, ocorrendo a partir dos dois anos.

A dependência absoluta é o período em que o bebê tem dependência absoluta dos cuidados maternos e não tem consciência em relação ao ambiente e a esses cuidados. O bebê depende inteiramente do mundo que lhe é oferecido pela mãe e tem a percepção que ele e a mãe são uma coisa só.

Na dependência relativa, a condição de dependência torna-se conhecida pela criança, que já é capaz de comunicar ao ambiente quando necessita de atenção, pois há uma compreensão intelectual do bebê quanto aos cuidados maternos e à provisão ambiental.

Rumo à independência é um processo gradual em direção à independência, mas sempre marcado por recorrências da dependência relativa e até da dependência absoluta, o que deixa claro que “a independência nunca é absoluta. O indivíduo normal não se torna isolado, mas se torna relacionado ao ambiente de um modo que se pode dizer serem o indivíduo e o ambiente interdependentes” (WINNICOTT, 1963b/1983).

Nos primeiros estágios do desenvolvimento emocional, se o bebê cresce em condições saudáveis, suas tendências herdadas o impulsionam para um processo de crescimento, o que inclui a tendência em direção à integração da personalidade: integração, à totalidade da personalidade em corpo e mente: personalização e ao relacionamento objetal, à medida em que a criança começa a crescer e a notar a

existência de outras pessoas: realização ou relações de objeto (WINNICOTT, 1958/2001; 1989).

Winnicott pensa o processo de constituição psíquica do sujeito a partir de três processos pelos quais o sujeito precisa passar: a integração, a personalização e a realização ou relações de objeto.

A integração acontece gradualmente de um estágio de não-integração e começa imediatamente com o início da vida. Ela se refere à integração do *self* como uma unidade a partir de um estado de não integração e tem-se o “eu sou” e o início da constituição do si mesmo. Com um ano a maioria das crianças já é um indivíduo, com a personalidade integrada. Mas, para que a integração ocorra, é necessária a presença de certas condições ambientais: a própria mãe da criança que em conjunto com o ambiente conservam a criança como unida a si mesma. Quando a mãe é capaz de adaptar-se às necessidades variáveis e crescentes da criança, a não-integração e reintegração podem processar-se sem ansiedade. O grau de integração é variável fazendo com que algumas crianças já estejam de posse de uma personalidade forte, enquanto que outras ainda não têm uma personalidade definida e continuam bastante dependentes dos cuidados maternos.

Winnicott (1945/2000) alerta, que se a criança não teve uma única pessoa que lhe juntasse os pedaços, tem uma desvantagem em sua tarefa de auto-integrar-se e talvez nunca consiga manter a integração de forma confiante.

Com a personalização há o desenvolvimento do sentimento de estar dentro do próprio corpo e a criança de um ano vive firmemente estabelecida no corpo. Ao adquirir a capacidade de habitar o próprio corpo e apreciar suas funções, a criança passa a ter uma membrana limitante, que é a pele, que se coloca entre o “eu” e o

“não- eu”. Assim, a criança tem agora um interior, uma realidade interna, um esquema corporal e um exterior (CELERI, 2007).

A experiência instintiva, repetida e silenciosa de estar sendo cuidado fisicamente constrói, gradualmente, a personalização satisfatória. Há a integração dos processos intelectuais com a experiência psicossomática. A psique e o soma estão em íntima relação, graças à existência de um grau razoável de adaptação às necessidades da criança.

A realização ou relações de objeto é a capacidade de estabelecer relações com os objetos, relações interpessoais, com o tempo, espaço e mundo externo. No início há a relação com objetos parciais, como o bebê que se relaciona com o seio, sem a consciência da figura da mãe, embora o bebê possa conhecer a mãe em momentos de contato afetivo. É a gradual integração da personalidade da criança que faz com que o objeto parcial (seio) possa ser entendido como pertencente a uma pessoa inteira (mãe). Ao mesmo tempo em que ocorre dependência, surge a necessidade de independência e a percepção da confiabilidade da mãe torna possível a existência da qualidade de confiabilidade na criança.

Com relação ao relacionamento inicial entre mãe e bebê, Winnicott (1960a/2001) aponta que é preciso fazer uma distinção entre o que pertence à mãe e ao que começa a ser desenvolvido na criança, descrevendo dois tipos de identificação entre a mãe e o bebê: a identificação da mãe com o bebê e a identificação do bebê com a mãe.

Na identificação da mãe com o bebê, durante a gravidez, ele é associado pela mãe a um objeto interno e imaginado para ser instalado dentro e aí mantido. O bebê tem outros significados na fantasia inconsciente da mãe, mas é possível que ela tenha a capacidade de desviar seu próprio *self* para o bebê, configurando a

preocupação materna primária.

Para Winnicott (1956), a “mãe suficientemente boa” é a mãe que ingressa em estado de “preocupação materna primária” que, identificada com seu bebê consciente e inconscientemente e em um estado de sensibilidade exacerbada, consegue uma adaptação sensível, ativa e delicada às necessidades do bebê. A “mãe suficientemente boa” também diz respeito à adaptação da mãe às necessidades do bebê, que o torna capaz de ter uma experiência de onipotência que anula sua real condição de fragilidade e de insuficiência, experiência que cria a ilusão necessária a um desenvolvimento saudável.

Winnicott afirma que há algo na mãe de um bebê que a torna particularmente qualificada para proteger seu filho nesta fase do nascimento em que a criança é vulnerável e que a torna capaz de contribuir positivamente com as necessidades da criança. No entanto, a mãe só é capaz de desempenhar este papel se se sentir segura e amada em sua relação com o pai da criança e com a própria família e aceita nos círculos que circundam a família e a sociedade. Esse cuidado da mãe não se baseia em conhecimento formal, mas numa atitude sensível que surge à medida que a gravidez avança e desaparece algumas semanas após o nascimento da criança.

Para Winnicott (1960a/2001), é isso que confere à mãe uma capacidade especial de fazer a coisa certa e saber como o bebê pode estar se sentindo e isso ninguém mais sabe.

Ao tratar do estado de identificação do bebê com sua mãe, Winnicott (1960a/2001) pressupõe que a criança esteja sendo cuidada por uma “mãe suficientemente boa”, pois só assim a criança pode iniciar um processo de desenvolvimento pessoal e real.

Para Winnicott (1960a/2001, p. 24):

Se a maternagem não for boa o suficiente, a criança torna-se um acumulado de reações à violação, o *self* verdadeiro da criança não consegue formar-se ou permanece oculto por trás de um falso *self* que a um só tempo quer evitar e compactuar com as bofetadas do mundo.

No entanto, com a “mãe suficientemente boa”, a criança pode começar seu desenvolvimento. Seu ego é fraco e forte simultaneamente, dependendo da capacidade da mãe em dar apoio ao ego da criança e isso só acontece se a mãe for capaz de ser devotada para a criança.

A criança que tem uma mãe na qual o ego não existe, é fraco ou intermitente, não consegue desenvolver-se e seu desenvolvimento passa a estar relacionado com uma sucessão de reações a colapsos ambientais do que com as urgências internas e fatores genéticos. Assim, os bebês bem cuidados estabelecem-se como pessoas mais rapidamente, enquanto os que recebem apoio egóico inadequado ou patológico tendem a apresentar padrões de comportamento semelhantes: inquietude, estranhamento, apatia, inibição e complacência.

Hisada (2011), ao realizar um estudo sobre o desenvolvimento emocional do ser humano, a partir de Winnicott, nos diz que o ambiente facilitador proporciona ao indivíduo a possibilidade de crescer em saúde e quando falha, principalmente no início do desenvolvimento, provavelmente leva à instabilidade e à doença. A inter-relação da psique e do soma que constitui a base para o aparecimento e manutenção do *self*, pode ser interrompida diante de uma mãe que não pôde ser suficientemente boa, dando origem à dissociação entre a psique e o soma que caracteriza a doença psicossomática.

Winnicott (1960a/2001) aponta que no começo da vida, as necessidades do bebê são de ordem corporal, mas há também necessidades ligadas ao desenvolvimento psíquico do “eu” e a adaptação da mãe a essas necessidades do

bebê ocorre por meio de três funções maternas: *Holding*, Manejo ou *Handling* e Apresentação de objetos.

O *Holding* inclui especialmente o *holding* físico do bebê, que é uma forma de amar e está relacionado com a capacidade da mãe de identificar-se com seu bebê, que emocionalmente encontra-se na fase da dependência absoluta. Há uma rotina completa de cuidados constantes e adequados ao bebê e uma proteção da agressão fisiológica seguindo as mudanças que fazem parte do desenvolvimento físico e psicológico do lactante (WINNICOTT, 1960d/1983).

A mãe leva em conta a sensibilidade cutânea, auditiva e visual do bebê, sustentando-o de forma física e também psíquica. A sustentação psíquica o coloca em contato com a realidade externa simplificada, repetitiva e que permite ao “eu” encontrar pontos de referência simples e estáveis necessários à integração no tempo e no espaço (NASIO, 1995).

Mello Filho (1989) aponta que o *Holding*, foi descrito por Winnicott a partir do verbo *to hold*, que significa sustentar, conter, dar suporte. Na relação mãe-bebê o *holding* se realiza por meio do ato físico de segurar no colo ou por meio do entendimento da mãe de se colocar no lugar do bebê. Assim, o *holding*, não é apenas segurar o bebê, uma vez que a mãe o sustenta algumas vezes fisicamente e todo o tempo figurativamente, o que inclui a comunicação silenciosa entre a mãe e o bebê, que é a raiz das comunicações entre os seres humanos.

O manejo ou *handling* facilita a formação de uma parceria psicossomática na criança, contribuindo para a formação do sentido do real em oposição ao irreal.

Nasio (1995) pontua que com esta função, a mãe ao trocar o bebê, dar-lhe banho, embalá-lo, entre outros cuidados, fornece o bem-estar físico ao bebê, que

aos poucos se experimenta como vivendo dentro de um corpo, realizando a união entre a vida psíquica e seu corpo, união que Winnicott denomina de personalização.

A realização ou apresentação de objetos significa tornar real o impulso criativo do bebê e é responsável por dar início à capacidade deste bebê de se relacionar com os objetos e com o mundo externo.

Nasio (1995) vai acrescentar que nesta função a mãe apresenta o seio ou a mamadeira no momento em que o bebê está pronto para imaginá-lo e encontrá-lo. Assim, ao oferecer o seio, ela dá ao bebê a ilusão de que ele mesmo criou o seio, permitindo que tenha uma experiência de onipotência. A mãe disponível diante de uma excitação potencial do bebê, permite que ele adquira a capacidade de assumir relações estimulantes com as coisas ou com as pessoas.

Winnicott (1958/2001) ressalta que todas essas proposições a respeito do desenvolvimento emocional da criança podem ser observadas no primeiro ano de vida, embora nada esteja estabelecido e quase todas as aquisições possam ser perdidas se houver uma ruptura nas condições ambientais ou mesmo pela ação de certas ansiedades inerentes ao amadurecimento emocional da criança.

1.2 A família e a criança

Ao estudar a família e a criança, Winnicott (1960b/2001) observa que é no contexto familiar saudável ou no ambiente circundante que se torna possível o crescimento de cada criança, uma vez que sem uma confiabilidade ambiental mínima, seu crescimento pessoal não se desenrola ou desenrola-se com distorções, sendo necessário que todo aquele que cuide de uma criança a conheça e lhe

proporcione uma relação viva e pessoal em seus cuidados, respeitando sua individualidade.

Para ele, pais superprotetores deixam seus filhos aflitos, da mesma forma que os pais pouco confiáveis tornam as crianças confusas e amedrontadas, não transmitindo a elas a segurança de que tanto precisam.

Por outro lado, pondera que os pais que conseguem manter o lar unido, prestam a seus filhos um serviço de inestimável importância. Afirma que é necessário que se edifique, no interior de cada criança, a crença em algo que não seja apenas bom, mas seja também confiável e duradouro, ou capaz de recuperar-se depois de se ter machucado ou mesmo perecido.

Winnicott (1962b/2001) sustenta que a idade em que deve-se tomar todos os cuidados para não abalar a confiabilidade da criança em seu ambiente circundante é em torno dos cinco anos. Nesta fase, seu crescimento parece muito devagar e muito rápido ao mesmo tempo e é isso que torna esse processo singular em sua visão, pois há pouco tempo essa criança era um bebê, algum tempo depois começou a andar e a falar, hoje tem cinco anos e amanhã estará na escola.

Conforme Winnicott, (1962b/2001, p. 50), a criança de cinco anos vai saindo de um cercado:

nas paredes começam a abrir-se fendas, as cercas passam a apresentar uma espessura desigual e eis que a criança já está do lado de fora. Não é fácil para ela voltar para dentro ou sentir-se novamente envolvida, a menos que esteja cansada ou doente, casos em que o cercado é novamente fechado para seu próprio benefício.

E continua:

Esse cercado era proporcionado pelos pais da criança, pela família, pela casa e pelo quintal, pelas paisagens, cheiros e ruídos costumeiros. Tinha relação também com o próprio estado de imaturidade da criança, com sua confiança nos pais e com a natureza subjetiva do mundo infantil. Esse cercado desenvolveu-se naturalmente a partir do abraço da mãe que envolvia o bebê. (WINNICOTT, 1962b/2001, p. 50).

Desse cercado, apresentado pelo autor, que agora a criança sai, ela está pronta para vivenciar um novo grupo, um novo cercamento, ao menos durante algumas horas por dia, ou seja, está pronta para ir à escola.

O importante é perceber que a saída do cercado é ao mesmo tempo estimulante e repleta de medos, e que a vida é um contínuo sair de cercados, riscos, desafios novos e estimulantes.

As crianças, muitas vezes, apresentam dificuldades em seu desenvolvimento. Quando a criança se retrai, pode ser por sua mãe estar operando em dois níveis opostos: num nível, a mãe deseja que sua criança se desenvolva e encontre o mundo e, em um nível mais profundo e não de todo consciente, a mãe não consegue abdicar de sua função materna e deixar sua criança crescer, pois observa que ela começa a gostar de ficar separada, independente e desafiadora.

A criança percebe a forma como a mãe está lidando com essa situação e, embora goste da escola, tem pena de sua mãe, pois sabe que ela não suportaria a ideia de perdê-la e se sente impedida de sair do cercado.

Para Winnicott (1962b/2001), o momento de a criança ir para a escola, faz com que a mãe comece a ter medo do vazio que será deixado em casa e em si mesma. Às vezes é o pai quem sente a saída da criança e ela, mesmo gostando da escola, não consegue entrar ou permanecer lá. Assim, tanto a mãe quanto o pai podem ser causa de sua não adaptação à escola.

Ele atribui uma relação entre este estado mental vagamente deprimido da mãe, que é a preocupação com ansiedades indefinidas, com a capacidade da mulher em dedicar toda sua atenção ao filho.

As mães vivem muitas agonias e Winnicott lembra que os pequenos já possuem suas próprias agonias, não necessitando serem envolvidos nas agonias e sentimentos de vazio de suas mães.

A criança que vivia num mundo subjetivo passa agora a viver num mundo de realidade compartilhada, e considerando que no início de sua vida tenha recebido um cuidado suficientemente bom, exerce um controle mágico sobre o ambiente, recriando a cada momento o mundo e seus objetos.

Aos cinco anos, a criança já é capaz de ver sua mãe de forma bem próxima ao que ela é de fato e admite a existência de outros objetos que já estavam em seu lar antes de sua concepção, conseguindo reconhecer a dependência mesmo quando está começando a adquirir independência.

Em relação ao objeto transicional, é possível que a criança o tenha guardado. Este objeto pode ser um ursinho de pelúcia, um cobertor, uma fralda, um cachecol da mãe, uma boneca ou qualquer outra coisa que tenha adquirido importância depois do primeiro ano do bebê, sendo usado, sobretudo, nos momentos de transição. Ele une a criança à realidade externa ou compartilhada, fazendo parte da criança e da mãe. Para uma criança, ficará num canto a maior parte do tempo, enquanto que para outra, o levará para todos os lugares.

Aos cinco anos de idade, a necessidade do objeto transicional talvez ainda subsista, mas é mais provável que seja substituído por outros objetos, como brinquedos e histórias em quadrinhos, e experiências novas por meio de uma vida cultural.

No entanto, Winnicott (1962b/2001) pontua que possam ocorrer problemas quando a criança começa a frequentar a escola e o professor pode auxiliar evitando

banir o objeto da sala de aula e compreender que a criança, ao levar um objeto consigo à escola, está levando um pedacinho de seu relacionamento com a mãe, pedacinho este que remonta à época da dependência infantil, em que começava a reconhecer a mãe e o mundo como entidades separadas de seu próprio *self*. Assim, à medida em que adquire confiança se resolvem estas ansiedades e a criança deixará de levar o objeto à escola.

Além disso, ele ressalta que as crianças se sentem desleais quando gostam da escola e se esquecem de suas mães por algumas horas. Dessa forma, sem se darem conta, sentem-se um pouco ansiosas ao se aproximarem de casa. A mãe pode ficar insatisfeita ao perceber que foi esquecida e por isso, é importante que esteja atenta a suas reações e só chamar a atenção da criança para qualquer coisa errada que possa ter feito depois de restabelecer o contato com a criança assim que chegar da escola.

Enfim, o crescimento pelo qual a criança agora passa, se for recebido pela família como natural do processo de amadurecimento, embora seja doloroso em certos momentos, não acarreta grandes transtornos para a criança.

1.3A família e a adolescência

Winnicott (1961/2001, p. 115), ao abordar a família e a adolescência, apresenta a idéia de que este é um período carregado de sofrimento, visto que “a adolescência tem cura, uma cura apenas, que, porém, não pode interessar ao garoto ou à garota que estão em pleno sofrimento”. Um período, que, segundo ele, tem a cura com o passar do tempo e do gradual desenrolar do processo de

amadurecimento e é marcado pela alternância rápida entre independência rebelde e dependência regressiva, que muitas vezes coexistem num mesmo momento.

Conforme Urribarri (2004), o fenômeno da chegada à puberdade é pautado por mudanças que vem para colocar em xeque um psiquismo relativamente equilibrado, no período de latência, e a imagem corporal que, até então, estava estabilizada. Destaca que estas mudanças causam impacto e desorientação, pois o jovem, que agora é chamado de “púbere” sente que algo acontece em seu corpo e questiona se o que está experimentando vem dele mesmo e lhe pertence ou é alheio a ele, e vem do exterior.

WInnicott (1961/2001, p.116) assim explica sobre a puberdade, considerando que o jovem seja sadio: “cada indivíduo teve, antes do período de latência, a experiência de um complexo de Édipo plenamente desenvolvido, isto é, viveu as duas principais posições do relacionamento triangular que constituiu com os dois pais (ou pais substitutos)”. E, explica, também, que na experiência prévia de cada adolescente, organizaram-se modos de combater, aceitar e tolerar a tensão e os conflitos inerentes à nova condição.

Outeiral (2003) pontua que na adolescência o indivíduo assiste e sofre passivamente as transformações que acometem seu corpo e sua personalidade. Essas transformações são vividas como invasoras e ameaçadoras, com muitas ansiedades e fantasias. O adolescente tem um sentimento de impotência diante de uma realidade que pode ser persecutória, maníaca e fóbica.

Esses três elementos da realidade são assim definidos por ele:

persecutória (com o corpo e/ou seus órgãos, transformando-se em um depositário de intensas ansiedades paranóides e confusionais), *maníaca* (com a negação onipotente de toda a dor psíquica que inevitavelmente acompanha o processo) ou *fóbica* (com uma evitação que coloca as

transformações tão distantes que nem o próprio adolescente ou seus familiares devem mencioná-las). (OUTEIRAL, 2003, p.7).

Diante disso tudo, o adolescente vive a perda de seu corpo infantil, com uma mente ainda infantil e com um corpo de adulto, que ao mesmo tempo em que teme, desconhece e deseja, quase sempre é diferente do que idealizava quando se transformasse num adulto.

Uma grande parte das dificuldades do adolescente, e que muitas vezes requerem a intervenção de um profissional, derivam das más condições ambientais. Esse fato enfatiza a vital importância do ambiente e da família para a imensa maioria de adolescentes que de fato chega à maturidade adulta, mesmo que para seus pais o processo seja pontilhado de dores de cabeça.

Outeiral (2003) pontua que, diferente da criança que idealiza os pais, o adolescente tem que se “independizar” e buscar identificações fora do grupo familiar.

Segundo ele, a “independização” é uma das tarefas centrais da adolescência e representa um processo doloroso para o adolescente e para os pais. Ela não é uma ruptura com a família, mas “a transformação de vínculos infantis de relacionamentos por um outro tipo de vínculo mais maduro, mais independente e de maior tolerância (menor idealização) com os pais” (OUTEIRAL, 2003, p. 12 e 13).

Ele também tem uma visão de paralelismo entre o bebê e o adolescente, ao lembrar que assim como o bebê, que se mostra como um indivíduo ao se alimentar quando deseja e que estabelece seu próprio ritmo de sono, independente dos horários que a mãe determina, o adolescente também tem seus próprios desejos, que se intensificam neste período quando ele trata de definir sua identidade pela oposição às ideias e valores de seus pais. Assim, pode-se pensar que sua discordância é uma forma de marcar sua existência como um indivíduo (OUTEIRAL, 2003).

. Por outro lado, Winnicott pondera quanto ao ser isolado, que o adolescente participa de grupos que são ajuntamentos de indivíduos isolados que procuram formar um agregado por meio da identidade de gostos. Quando os que têm tendência anti-social se juntam ao grupo, são geralmente os responsáveis em praticar a delinquência e os que não a praticam, os apóiam, mesmo que não concordem com ela. É o que Winnicott denomina de lealdade com o grupo.

Sobre a tendência anti-social, Winnicott (1961/2001) afirma que há sempre uma privação ou uma carência, motivada pela ausência ou depressão da mãe ou, ainda, a dissolução da família. Há, também, sempre uma fase de saúde seguida de uma ruptura que faz com que as coisas nunca mais sejam como antes. Este jovem busca, assim, por meio da violência ou sem ela, obrigar o mundo ao reconhecimento de uma dívida para com ele.

Com relação ao quadro da adolescência tida como “normal”, embora ocorra semelhança com os de tendência anti-social, o autor explica que a carência do jovem é mais branda e difusa. Dessa forma, no grupo com o qual o adolescente se identifica, são os mais perturbados que agem em nome do grupo.

Urribarri (2004) ressalta que neste período há uma crescente ampliação na identificação do adolescente com os pares de iguais, que são uma fortaleza e o seu refúgio para o isolamento das figuras parentais e do lar.

Outra questão que envolve o grupo, colocada por Outeiral (2003), refere-se ao importante papel que o corpo tem quanto à aceitação ou rejeição do adolescente por parte do grupo de iguais, sendo por meio da identificação e comparação com outros adolescentes que ele tem a noção de seu corpo.

Enfim, a adolescência é um período que necessita ser realmente vivido e pautado por descobertas pessoais, no qual o indivíduo se vê engajado numa experiência única e numa dor de existir, que precisa ser transposta para se alcançar a calma do outro lado da margem do rio.

1.4 A família e o amadurecimento do sujeito

Winnicott (1960c/2001) considera a maturidade como sinônimo de saúde, adquirida em cada fase do desenvolvimento do indivíduo. Assim, a criança, o adolescente e o adulto sadios são maduros se alcançarem a maturidade inerente à fase em que estejam vivendo.

Segundo Dias (2008a) o processo de amadurecimento não acontece de forma linear, embora as conquistas ao longo das fases de desenvolvimento necessitem de pré-requisitos para que sejam alcançadas uma após a outra. Se o indivíduo não atinge o amadurecimento necessário a cada etapa transposta, ele carece da maturidade necessária para fazer frente às tarefas que vão surgindo.

Para que o indivíduo alcance a maturidade que o torne capaz de fazer frente a estas tarefas, Winnicott (1960c/2001) ressalta que é a família da criança, a única entidade capaz de dar continuidade à tarefa da mãe e também do pai de atender a suas necessidades, que incluem tanto a dependência quanto a independência.

Isto pode ser visto claramente na adolescência, em que o adolescente torna-se criança e dependente e, ao mesmo tempo, tem a necessidade de rebelar-se para estabelecer a própria identidade.

Para o autor, no decorrer do desenvolvimento emocional, o indivíduo sadio conserva a capacidade de transitar livremente entre a dependência e a independência, sendo que na rebeldia rompe o círculo imediato que o envolve e o conserva em segurança.

Winnicott (1960c/2001) considera o rompimento como vantajoso, desde que o indivíduo seja inserido num círculo mais amplo que esteja pronto a aceitá-lo.

Quanto a isso, observa-se que o indivíduo, mesmo rompendo o círculo, tem necessidade de retornar a situação rompida. Como exemplo, pode-se citar a criança que foge de casa, mas até a cerca do jardim. O que rompeu foi com os limites de dentro da casa, podendo a qualquer momento voltar para lá.

Desse modo, conclui que um número alto de pessoas é capaz de olhar para trás e dizer que, “quaisquer que tenham sido as falhas e mal entendidos, sua família nunca os abandonou de fato, assim como sua mãe não os abandonou no decorrer dos primeiros dias, semanas e meses de vida” (WINNICOTT, 1960c/2001, p. 132).

O autor mostra que para o desenvolvimento sadio do indivíduo, qualquer que seja a fase, há uma progressão regular, ou seja, uma série bem graduada de ações rebeldes, compatível com a conservação de um vínculo inconsciente com os pais ou somente com a mãe.

Quanto ao vínculo inconsciente com os pais, ele o relaciona à fantasia da criança, que pode ter se afastado dos pais em sua fantasia consciente e mesmo em sua vida, no entanto, em sua fantasia inconsciente toda demanda é remetida aos pais. De fato, o afastamento só se dá em relação às figuras externas dos pais, pois as figuras reais da mãe e do pai permanecem vivas na realidade psíquica, gerando, assim, duas tendências: a primeira em que o indivíduo afasta-se da mãe, do pai e da

família, adquirindo a cada passo maior liberdade de pensamento e ação, e a segunda, em que há a necessidade de retomar o relacionamento com o pai e com a mãe, permitindo que a primeira tendência seja uma etapa do crescimento e não uma desarticulação da personalidade do indivíduo.

Assim, conclui que os afastamentos da criança, sua constante busca de integração a grupos extrafamiliares e sua destruição rebelde, são idênticas à sua necessidade de conservar o relacionamento primário com seus pais.

Outra conclusão a que chega é a de que a identificação entre saúde e maturidade relativa estão relacionadas ao alcance da maturidade emocional pelo indivíduo num contexto em que a família proporcione um caminho de transição entre o cuidado dos pais e a vida social.

Para isso, a família contribui dando ao indivíduo a oportunidade de voltar a ser dependente a qualquer momento e permitindo-lhe deixar os pais pela família mais ampla, depois caminhar em direção ao círculo social imediato e abandonar esta unidade por outras maiores. Os círculos, cada vez mais amplos, são o produto final de um processo que tem início com o cuidado materno e se prolonga na família.

Winnicott (1960c/2001, p.138) afirma que “os adultos amadurecidos, destruindo e recriando o velho, o antigo e o ortodoxo, infundem-lhe nova vitalidade. Nesse processo, os pais ascendem um degrau, depois descem um degrau e tornam-se avós”.

Por fim, para o autor é muito importante que a cada arroubo de rebeldia, o indivíduo possa redescobrir nas formas rompidas com sua família, os mesmos cuidados e estabilidade familiar que serviam de estofo para sua dependência em estágios anteriores e, a partir do papel atribuído à família, o sujeito possa crescer.

1.5 Fatores que interferem na dinâmica familiar

Quanto aos fatores que interferem na dinâmica familiar, Winnicott (1957/2001) observa que há fatores diferentes de envolvimento dos pais e das crianças, fatores estes que podem proporcionar a integração ou a desintegração da família.

Com relação aos fatores que envolvem os pais, Winnicott (1957/2001) afirma que a existência e a preservação da família resultam do relacionamento entre os pais de acordo com o contexto sociocultural em que vivem.

No entanto, não se pode considerar somente este contexto como importante no relacionamento entre os pais ou o casal. Há forças poderosas de criação e conservação da família que resultam da própria relação entre eles e que estão ligadas à complexa fantasia sexual, em que o sexo não é só para a satisfação física.

Além da satisfação física, a sexualidade é entendida como uma conquista do crescimento emocional. Contudo, a satisfação completa do potencial sexual não é em si mesma um objetivo no que se refere à família. Há um grande número de famílias que não são construídas sobre uma base de satisfação física profunda por parte dos pais. Os exemplos extremos de satisfação física ficam a cargo do amor romântico, que nem sempre é o melhor para que se construa um lar. Porém, “todos os envolvidos têm muito o que lucrar quando o pai e a mãe têm facilidade de gozar da potência que deriva da maturidade emocional individual” (WINNICOTT, 1957/2001, p.62).

Há outras questões na relação entre os pais que contribuem para a dinâmica familiar no sentido do estabelecimento da unidade familiar: “o desejo profundo dos

pais de serem iguais aos próprios pais, no sentido de serem adultos” (WINNICOTT, 1957/2001, p.62).

A atitude dos pais em relação a cada criança tem como base a fantasia inconsciente e consciente sobre a sua concepção. Eles possuem sentimentos diferentes e agem de modo diferente em relação a cada um dos filhos, dependendo do relacionamento entre eles na ocasião da concepção, durante a gravidez, no nascimento e depois do nascimento. Muitas vezes as pessoas não entendem e consideram incompreensível que os irmãos sejam tão diferentes entre si, uma vez que têm os mesmos pais e foram criados numa mesma família. Só que não levam em conta a importância da função do sexo e não consideram o modo como aquela criança se encaixa no contexto imaginativo e emocional, que nunca é duas vezes o mesmo, por mais que todo o ambiente físico restante permaneça o mesmo.

Um fator que impacta profundamente no relacionamento do casal é o fato do bebê ser menino ou menina, quando um dos pais ou os dois querem um bebê do sexo diferente ao que foi concebido.

Winnicott lembra que a família é composta de crianças individuais que têm diferenças não somente genéticas, mas também quanto ao desenvolvimento emocional que leva em consideração a forma como essa criança se encaixa no contexto da fantasia de seus pais.

Nesta mesma linha, Outeiral (2003, p. 14) diz que não se pode esquecer “que a criança que nasce é “real”, com singularidades, particularidades específicas e que se confrontará com os vários “bebês idealizados” das fantasias familiares.”

Outro fator que interfere na dinâmica familiar é o fato de o casamento e a constituição de uma família nem sempre significarem um sinal de maturidade

parental. Quando homens e mulheres imaturos se casam, muitos encontram na família motivo para alegria e alívio e se surpreendem com o fato do crescimento dos filhos os desafiarem ao próprio crescimento, que sustaram na adolescência.

O autor mostra como uma complicação da vida familiar, algumas atitudes que os pais tomam quando exaurem sua capacidade de sacrificar tudo em favor dos filhos. Isto pode ser visto quando um ou ambos querem viver uma adolescência tardia ou viver um amor romântico com outro par depois de casados.

Além dos fatores que envolvem os pais ou o casal, Winnicott, (1957/2001), pontua que há os fatores que envolvem as crianças.

Ele enfatiza que a integração da família deriva da tendência integrativa de cada criança individual. Quando a criança alcança um bom desenvolvimento emocional e tem uma personalidade capaz de realizar internamente sua integração em razão de sua capacidade inata ao crescimento, ela integra e contribui para a harmonia familiar.

Essa contribuição da criança pode ser esquecida se ela ficar doente, deficiente, ou então se não puder contribuir com a família por qualquer outra razão. Nesta situação, observa-se que os pais e toda a família sofrem, e eles devem tomar para si a responsabilidade sobre o funcionamento da família, mas nem sempre obtém um bom desempenho nesta empreitada.

Com isto, Winnicott quer demonstrar que há muitas famílias que permanecem intactas se suas crianças apresentam um bom desenvolvimento, mas não suportam a presença de uma criança doente.

Outro fator que interfere na dinâmica familiar, no sentido de sua desintegração, é desencadeado pelo desenvolvimento insuficiente ou distorcido da criança.

Segundo Winnicott (1957/2001, p. 70):

O exemplo mais marcante é a tendência anti-social da criança carente, que é extremamente destrutiva para a vida familiar [...] Inconscientemente, a criança procura uma coisa boa que foi perdida numa data mais ou menos recuada, e que, por tê-la deixado, é o objeto de sua fúria.

Por fim, Winnicott (1957/2001, p. 69) mostra que “cada criança individual, com seu crescimento emocional sadio e seu desenvolvimento pessoal satisfatório, promove a família e a atmosfera familiar” e os pais, ao constituírem uma família, também contam com os benefícios das contribuições de cada um dos filhos para a integração familiar.

2 ADOECIMENTO MENTAL E WINNICOTT

Este capítulo tem como objetivo apresentar o pensamento de Winnicott acerca do adoecimento mental, com foco na psicose e nas denominações que estão sob este conceito, que são as mais variadas formas de esquizofrenia.

Primeiramente, será abordado o conceito de saúde mental, em que Winnicott teceu várias considerações ao longo de sua obra. Aqui se buscará apresentar as que se considera mais pertinentes, tendo como foco o relacionamento inicial entre a mãe ou ambiente e o bebê, uma vez que da qualidade desse relacionamento, nos estágios mais primitivos da vida, dependerá a saúde ou adoecimento mental do indivíduo.

2.1 Concepções acerca da saúde mental

Winnicott (1962a/1983) inicia suas observações sobre a saúde mental das crianças partindo do pressuposto de que elas são fisicamente sadias.

Para ele, não se pode descrever a saúde do bebê apenas em termos individuais, mesmo que ele esteja vivendo num mundo subjetivo, pois a mãe se adapta a suas necessidades e lhe fornece um suprimento básico da experiência de onipotência, o que evidencia sua relação com o ambiente desde o início (WINNICOTT, 1989).

Afirma que a saúde mental é alcançada se forem providas condições suficientemente boas que facilitem para a criança a obtenção de seu desenvolvimento emocional. Diante de tais condições, a criança progride quanto às

forças no sentido da vida, da integração da personalidade e da independência. (WINNICOTT, 1962a/1983).

Considera que a saúde mental do indivíduo tem suas bases assentadas na primeira infância pela mãe, que ao oferecer um ambiente facilitador ao bebê, permite seu processo de desenvolvimento e as interações naturais de acordo com seu padrão hereditário. A mãe, também, cria os fundamentos da força de caráter e da riqueza da personalidade do indivíduo, dando-lhe a oportunidade de lançar-se no mundo de forma criativa, desfrutando e usando tudo o que o mundo possa lhe oferecer, inclusive o legado cultural (WINNICOTT, 1968a/1999).

Em termos de desenvolvimento, diz que saúde significa uma maturidade relativa à idade do indivíduo, e dá um exemplo do que é ser saudável: ter seis anos aos seis anos e dez aos dez anos de idade (WINNICOTT, 1989).

Outro ponto de vista quanto à base da saúde mental do indivíduo é que ela é estabelecida nos estágios iniciais do desenvolvimento, e envolve os processos de maturação, que são tendências herdadas, e as condições ambientais necessárias para que se realizem (WINNICOTT, 1963c/1983).

Reforçando suas considerações, afirma que a saúde mental de cada criança é possibilitada pela mãe, enquanto preocupa-se com a criação de seus filhos. Ele também considera que o desenvolvimento emocional do primeiro ano de vida lança as fundações da saúde mental do indivíduo (WINNICOTT, 1958/2001). Assim, pode-se deduzir que a saúde mental está relacionada aos cuidados maternos dispensados ao bebê no início de sua vida.

E continua desenvolvendo suas ideias sobre a saúde, afirmando que há uma interação entre o indivíduo e a sociedade, que é uma extensão da família, e que

contribui para a aquisição da saúde (WINNICOTT, 1989).

Explica que não se satisfaz com a concepção de saúde como ausência de doença e pontua que o principal para o indivíduo é sentir que está vivendo sua própria vida, com suas responsabilidades, assumindo os aplausos ou as censuras de seus atos, conforme seu modo de vida. Com isso, aponta que o indivíduo alcança autonomia, emergindo da dependência à independência, ou seja, alcança a saúde mental (WINNICOTT, 1989).

Outra questão envolvendo a saúde, colocada pelo autor, é a que evidencia que a saúde do adulto é construída ao longo dos vários estágios da infância, fruto de uma continuidade do desenvolvimento, que se inicia na concepção, na fase de amamentação, primeira infância, adolescência, alcançando a fase adulta. Dessa forma, entende que o objetivo da criação dos filhos, além de se ter crianças saudáveis, é o desenvolvimento de um adulto saudável.

Portanto, Winnicott (1952/2000) conclui que saúde mental é o produto de um cuidado incessante que possibilita a continuidade do crescimento emocional do indivíduo.

2.2 Concepções acerca do adoecimento mental

No que se refere ao adoecimento mental, Winnicott (1945), em sua prática clínica, começa a observar que o ambiente nem sempre é facilitador para o bebê e para a criança que apresentam problemas emocionais, e decide, então, estudar os distúrbios psíquicos, dentre eles as psicoses, com cerca de doze pacientes adultos psicóticos, durante a segunda guerra mundial.

Winnicott (1963c/1983), considera que para o entendimento da doença psicótica, de modo particular da esquizofrenia, é necessário se ter atenção para uma falha no processo total do cuidado com o bebê, e isso se dá, por meio de um exame dos processos de maturação nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional, em uma época em que esse desenvolvimento está se iniciando e nenhum se completando, com as tendências básicas correspondendo à maturação e à dependência (WINNICOTT, 1963e/1983) .

Assim, para ele, a teoria do desenvolvimento emocional primitivo do bebê é vitalmente importante, partindo da premissa de que o bebê antes que se reconheça a si mesmo, como a pessoa inteira que ele é, e aos outros, também como inteiros, é caracterizado como o período em que serão encontradas as chaves para a compreensão da psicopatologia da psicose (WINNICOTT, 1945).

Dias (1999), se refere aos distúrbios psíquicos, conforme Winnicott os classifica, como os distúrbios relativos à pessoa do doente em sua luta pelo amadurecimento.

Esta compreensão difere da psiquiatria tradicional em que os distúrbios psíquicos são considerados como sintomas de processos patológicos do organismo relacionados a uma disfunção orgânica adquirida ou à transmissão hereditária. Winnicott também considera a existência da disfunção orgânica e da hereditariedade ligadas às patologias, no entanto, o que ele defende quanto aos distúrbios psíquicos é que estejam relacionados a falhas ambientais ocorridas num período muito primitivo do processo de desenvolvimento emocional.

No início deste processo, Winnicott (1959-1964/1983, p. 125) pondera que há três fatores envolvidos, que influenciam na constituição do sujeito: “em um extremo

há a hereditariedade; no outro extremo há o ambiente que apóia ou falha e traumatiza; e no meio está o indivíduo vivendo, se defendendo e crescendo.

Abram (2000, p. 28), esclarece que “Winnicott situa a etiologia da psicose na estrutura ambiente-indivíduo”.

Isso pode ser visto quando Winnicott (1965a/1994), ao abordar a etiologia da psicose, conclui que não existe só o fator hereditário relacionado, mas o fator ambiental que provoca uma distorção ambiental na fase da dependência absoluta do indivíduo, vinculando a psicose às distorções na fase de formação do padrão de personalidade.

Em outro texto, afirma que a etiologia da esquizofrenia leva a um estágio anterior ao complexo de Édipo, em que há o relacionamento de duas pessoas, ou seja, a relação da mãe com seu bebê, antes que o pai ou qualquer pessoa entre em cena, estabelecendo um elo direto entre a infância inicial, período da dependência absoluta, e a esquizofrenia (WINNICOTT, 1963d/1983).

Ao prosseguir em seus estudos sobre os distúrbios psíquicos, observa que os fenômenos que ocorrem nos estágios primitivos do desenvolvimento emocional são os mesmos que se apresentam no estudo da esquizofrenia em adultos e nos estados esquizóides em geral (WINNICOTT, 1952/2000).

Quanto a essa observação paralela entre bebês e psicóticos, Dias (1999), esclarece:

Essencialmente, essas dificuldades dizem respeito à constituição do si-mesmo (*self*) como identidade e ao contato com a realidade externa. Nos bebês, elas estão relacionadas à sua extrema imaturidade; nos psicóticos, porque se perderam em algum ponto da longa jornada que leva à maturidade.

Assim, para Winnicott (1952/2000, p. 309) “o estudo minucioso de um indivíduo esquizóide de qualquer idade transforma-se no estudo do desenvolvimento inicial desse mesmo indivíduo, ainda no interior do conjunto ambiente-indivíduo”.

Diante de tais evidências, elabora um estudo em que procura mostrar a influência do ambiente sobre o indivíduo num estágio precoce de desenvolvimento, em que o indivíduo é afetado pelas tendências do ambiente (WINNICOTT, 1952/2000).

Observa que se ocorrer uma adaptação suficientemente boa às necessidades do bebê, ou seja, se o ambiente permitir que ele permaneça isolado sem ser perturbado, o bebê que nada sabe, faz um movimento espontâneo e o ambiente é descoberto sem a perda de sua sensação de ser.

Por outro lado, quando há uma falha da adaptação suficientemente boa do ambiente às suas necessidades, o bebê sente a intrusão desse ambiente, o que o leva a reagir e perder sua sensação de ser, que só pode ser readquirida com sua volta ao isolamento. O estar isolado envolve uma organização defensiva para repudiar a intrusão do ambiente. Esta experiência produz as distorções psicóticas do conjunto ambiente-indivíduo.

Na mesma linha de raciocínio, Winnicott (1959-1964, p. 124) apresenta a ideia de que “na psicose há *defesas* muito primitivas que são trazidas à ação e organizadas, *por causa de anormalidades ambientais*”. E apresenta, ainda, sua visão de que a esquizofrenia, e principalmente o caso *boderline* é uma sofisticada organização de defesa (WINNICOTT, 1967/1994).

Sobre o caso *boderline*, Winnicott (1968c, p.172) assim o descreve:

Pela expressão “caso *boderline*” quero significar o tipo de caso em que o cerne do distúrbio do paciente é psicótico, mas ele possui sempre suficiente

organização psiconeurótica para ser capaz de apresentar uma psiconeurose ou um transtorno psicossomático quando a ansiedade psicótica central ameaça irromper de forma grosseira.

Quando existe uma tendência para a cisão básica no conjunto ambiente-indivíduo neste estágio inicial, o indivíduo corre o risco de ser seduzido para uma vida falsa e seus instintos se tornam aliados do ambiente sedutor. A sedução, se bem sucedida, produz um “eu” falso (falso *self*), que parece satisfatório para o observador incauto, muito embora a esquizofrenia esteja latente e venha, no final, exigir atenção. O falso *self*, desenvolvido com base na submissão, não permite ao indivíduo alcançar a independência da maturidade. O que ele consegue é uma pseudomaturidade num ambiente psicótico. A submissão pode ser uma função defensiva que é a proteção do *self* verdadeiro (WINNICOTT, 1952/2000).

Quanto a isso, Winnicott (1959/1964, p. 122) afirma que:

somente o *self* verdadeiro pode se sentir real [...] não deve nunca ser afetado pela realidade externa, não deve nunca se submeter. Quando o falso *self* se vê usado e tratado como real há um crescente sentimento de futilidade e desespero por parte do indivíduo[...] usualmente o *self* verdadeiro é protegido, mas tem vida, e o falso *self* é a atitude social [...] o falso *self* pode ser tomado como por engano, de modo que o *self real* está sob ameaça de aniquilamento.

Ainda, ao tratar sobre ambiente-indivíduo, explica que se as coisas vão bem com o bebê, ele não tem como saber sobre o que está sendo provido adequadamente e o que é prevenido, mas se as coisas não vão bem, ele percebe, não uma falha do cuidado materno, mas o resultado dessa falha, em que a continuidade do ser é interrompida por reações às consequências dessa falha e isso enfraquece o ego. Estas interrupções constituem um aniquilamento e são associadas a sofrimentos de qualidade e intensidade psicóticas (WINNICOTT, 1960d/1983).

Em relação às falhas, Winnicott (1963c/1983) diz que o ponto principal é que elas são imprevisíveis e não podem ser consideradas pelo bebê como projeções,

porque ele ainda não atingiu um estágio em que a estrutura de ego torne isso possível. Desse modo, a continuidade de sua existência é subitamente interrompida.

Nasio (1995) postula, sobre o pensamento de Winnicott acerca do início da vida, que o bebê necessita de uma mãe que desenvolva suas principais funções do “eu”, no sentido de uma integração no tempo e no espaço, numa unificação entre a vida psíquica e o corpo e o encontro com os objetos do mundo externo.

Se a mãe não cumpre sua função de sustentação do “eu”, o que surge é uma angústia impensável, portadora de uma ameaça de aniquilação, e que constitui a essência das angústias psicóticas que variam em: despedaçar-se, ter a impressão de uma queda sem fim, sentir-se levado para alturas infinitas, não ter relação com o próprio corpo e não ter orientação espaço-temporal (NASIO, 1995).

Winnicott (1962c/1983, p. 57) reconhece que essas variações das ansiedades inimagináveis ou angústias impensáveis, e que são a essência das ansiedades ou angústias psicóticas, “pertencem, clinicamente à esquizofrenia ou ao aparecimento de um elemento esquizóide oculto em uma personalidade não-psicótica nos demais aspectos”.

Para ele, “a doença mental de tipo psicótico surge a partir de adiamentos e distorções, regressões e confusões nos estágios iniciais do crescimento do conjunto ambiente-indivíduo” (WINNICOTT, 1952/2000, p. 315).

Com isso, os fenômenos psicóticos que advém desse estado de coisas são entendidos por Winnicott como os processos de maturação infantil inicial, porém às avessas, por serem contrários aos processos de maturação: integração, personalização e realização ou relações de objeto. São eles desintegração, despersonalização e sentimento de que o mundo não é real (WINNICOTT,

1963c/1983). Assim, ele conclui que, “o colapso esquizofrênico é o inverso do processo maturativo da infância mais precoce” (WINNICOTT, 1959-1964, p. 124).

A base da desintegração, conforme Winnicott (1945/2000), ocorre a partir de um estado não-integrado primário e o atraso ou falha na integração primária a predispõe quando há a regressão ou um fracasso de algum outro tipo de defesa. Ela é assustadora, ao contrário da não-integração, uma vez que esta não é acompanhada de ansiedade ou de sensações desagradáveis e ameaçadoras, a não ser que a criança seja segurada de uma forma desajustada que cause uma sensação de não-integração (MELLO FILHO, 1989).

A desintegração, também é uma defesa sofisticada, uma produção ativa do caos contra a não-integração na ausência de auxílio do ego por parte da mãe, ou seja, contra a ansiedade inimaginável ou arcaica da falta de segurança no estágio da dependência absoluta (WINNICOTT, 1962c/1983). Neste processo, quando o *holding* é deficiente, produz-se extrema aflição no bebê, dando a sensação de despedaçamento, de estar caindo num poço sem fundo, de um sentimento de que a realidade exterior não pode ser usada para o reconforto interno e de outras ansiedades que são geralmente classificadas como psicóticas (WINNICOTT, 1960a/2001).

A despersonalização está relacionada ao retardamento da personalização no início da vida, é um fenômeno comum em crianças e adultos e esconde-se atrás do que Winnicott (1945/2000) chama de sono profundo ou ataques de prostração com palidez cadavérica quando diz, por exemplo, que a pessoa está longe, a quilômetros de distância.

Outro problema ligado à despersonalização é o dos companheiros imaginários da infância, que funcionam como um outro “eu”, muito primitivo e são

como uma espécie de defesa, na medida em que contornam de forma mágica as ansiedades associadas à incorporação, digestão, retenção e expulsão.

Com as falhas na personalização, surge uma tendência de a psique desenvolver uma existência fracamente relacionada à experiência corporal, resultando em frustrações físicas sentidas em toda a sua intensidade (WINNICOTT, 1960a/2001). Neste processo, o manejo ou *handling* deficiente inibe o desenvolvimento do tônus muscular e da coordenação motora, além de dificultar o desenvolvimento da capacidade da criança gozar a experiência do funcionamento corporal e de “ser”.

Winnicott (1962c/1983, p. 58) continua: a despersonalização significa, também, “a perda de uma união firme entre o ego e o corpo, inclusive impulsos e satisfações do id”. Nos sintomas das doenças psicossomáticas, há uma insistência na interação da psique com o soma, mantido como uma forma de defesa contra a ameaça de perda da união psicossomática ou contra alguma forma de despersonalização. É característica da esquizofrenia uma conexão muito frouxa entre a psique e o corpo e suas funções (WINNICOTT, 1989). O sintoma é a única forma de o sujeito integrar mente e corpo.

Para Dias (2008b, p. 108) o distúrbio psicossomático é “o fenômeno em que uma doença que se manifesta fisicamente não é primariamente física, mas está relacionada à vida emocional do indivíduo”.

Esclarece que para Winnicott, o verdadeiro distúrbio psicossomático é um poderoso sistema defensivo formado de defesas primitivas organizadas, formadas pela cisão e vários tipos de dissociação, estando mais relacionado às psicoses do que às neuroses e depressão. Sua função, como organização defensiva, é manter à distância a ameaça de aniquilamento que poderia ocorrer com a integração

psicossomática, que na experiência primitiva do indivíduo, no período da tensão instintual e da amamentação, não foi bem sucedida e provocou o aniquilamento ou a desintegração. Contudo, há um valor positivo neste distúrbio, que por meio da dor, do desconforto ou da doença evita a cisão entre psique e soma.

Dias (2008b, p. 116) faz uma formulação, de forma brilhante, do que seria a defesa do distúrbio psicossomático para o indivíduo:

não serei mais atingido porque estarei espalhado, não podendo, portanto, ser encontrado em nenhum lugar; desse modo, não serei aniquilado pela perda da integração porque já vivo semi-integrado.

O fenômeno do sentimento de que o mundo não é real, está relacionado à realização ou relações de objeto, que segundo Winnicott (1962c/1983) é complexo e não ocorre se o ambiente não proporciona a apresentação de um objeto de forma que seja o bebê quem o crie.

No início, pontua Winnicott (1963e/1983), o relacionamento é com um objeto subjetivo, percebido objetivamente e com a possibilidade de existir separado, numa existência exterior ao controle onipotente do indivíduo. Só que para se chegar a isto, há uma longa jornada a ser cumprida até que se estabeleça a capacidade de se relacionar com este objeto.

O êxito neste estágio está ligado à capacidade da pessoa de se sentir real, de modo que se sinta real no mundo e sinta que o mundo também seja real. Quando isso não acontece, tem-se o oposto, ou seja, a desrealização e a perda de contato com a realidade. As falhas na realização ou apresentação de objetos bloqueiam o desenvolvimento da capacidade da criança de sentir-se real em sua relação com os objetos e os fenômenos (WINNICOTT, 1960a/2001).

Em função de um suporte egóico deficiente por parte da mãe, que resultam em falhas ambientais, Winnicott (1962c/1983) descreve organizações patológicas

que apresentam incontáveis efeitos sobre a saúde mental do bebê. São elas: esquizofrenia infantil ou autismo, esquizofrenia latente, falsa autodefesa e personalidade esquizóide.

A esquizofrenia infantil ou autismo diz respeito ao grupo que apresenta distúrbios secundários resultantes de lesões ou deficiências cerebrais e algum grau de cada tipo de falha no processo de maturação em sua fase inicial. Em muitos casos, não há evidência de doença ou defeito neurológico.

A esquizofrenia latente apresenta variações clínicas em crianças tidas como normais, com um desenvolvimento precoce e muitas vezes se mostram brilhantes. Pode manifestar-se em estágios posteriores do desenvolvimento em situações de tensão e fadiga.

A falsa autodefesa, refere-se ao uso de defesas, em especial a de um falso *self*, que obteve êxito e faz com que as crianças deem a impressão de que terão um futuro promissor, mas um colapso revela que o verdadeiro *self* está ausente.

A personalidade esquizóide, refere-se a uma personalidade sadia, mas que apresenta elementos esquizóides ocultos. Esses graves elementos tornam-se socializados desde que consigam ocultar-se em um padrão de distúrbio esquizóide aceito socialmente.

Quanto às etiologias citadas acima, Winnicott (1962c/1983) as relaciona aos vários tipos e graus de falhas no *holding*, manejo ou *handling* e apresentação de objetos no estágio inicial, sem descartar a existência e a importância dos fatores hereditários.

Com suas experiências, observa que os indivíduos com esquizofrenia e autismo apresentam uma organização de defesas voltada para a invulnerabilidade.

Essas defesas se dão no sentido de que o indivíduo nunca mais vai experienciar a ansiedade impensável que se acha na raiz da enfermidade esquizóide. Então, Winnicott (1967/1994, p. 154), assim explica:

Esta ansiedade impensável foi experienciada inicialmente em um momento de fracasso da confiabilidade por parte da provisão ambiental, quando a personalidade imatura se encontrava no estágio de dependência absoluta.

Abram (2000), ao se referir à invulnerabilidade aqui descrita, remete à questão do medo do colapso que Winnicott observou em suas experiências clínicas, em que situa este medo como de um colapso já experimentado. No caso de emergir como sintoma numa análise, isto significa um sinal de progresso.

A própria palavra colapso pode ser tomada como “o fracasso de uma organização de defesas” ou “para descrever o impensável estado de coisas subjacente à organização defensiva” (WINNICOTT, 1963f/1994, p. 71). Seu pensamento segue a linha de que nas psiconeuroses o que há por trás das defesas é a ansiedade de castração, ao passo que nos distúrbios psicóticos há uma organização de defesas organizada pelo ego contra o colapso da organização do próprio ego. Ele lembra que o ego não pode se organizar contra o fracasso ambiental, pois a dependência por que passa o indivíduo é um fato da vida.

E acrescenta, que é um equívoco pensar que a doença psicótica seja um colapso. “Ela é uma organização defensiva que diz respeito à agonia primitiva, tendo frequentemente sucesso (a não ser quando o ambiente facilitador não for falho, mas ameaçador, talvez a pior coisa que possa acontecer a um bebê humano).” (ABRAM, 2000, apud WINNICOTT, 1963, p.90).

Winnicott (1967/1994) diz que todas essas questões relativas ao adoecimento mental são mais aplicáveis à esquizofrenia da infância, mas que é preciso aplicá-las à esquizofrenia dos adolescentes e adultos, mesmo que pareça que tudo foi bem no

início da infância e o transtorno surgiu em outra fase posterior. Aqui, a constatação é a de que o período da dependência absoluta é significativa, principalmente na adolescência, e talvez, por toda a vida, mesmo que de forma disfarçada.

Segundo Abram (2000, p. 36), Winnicott considera a psicose como suscetível a qualquer pessoa e talvez fosse o que quisesse dizer quando escreveu que “as pessoas saudáveis são capazes de envolver-se com a psicose”. Assim, ressalta o pensamento de Winnicott:

A psicose é muito mais terra a terra e diz muito mais respeito aos elementos da personalidade humana e à existência do que a psiconeurose; (citando a mim mesmo!) somos de fato pobres se formos apenas sãos. (WINNICOTT, 1960, p.61 apud ABRAM, 2000)

Assim, feitas as considerações acerca da saúde e do adoecimento mental, o próximo capítulo apresenta uma reflexão sobre o adoecimento mental à luz da teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott, por meio de uma ilustração clínica.

3 REFLEXÕES SOBRE A TEORIA DE WINNICOTT E O ADOECIMENTO MENTAL

Este capítulo tem como objetivo trazer uma ilustração da prática clínica da autora, com o intuito de contextualizar a influência da família sobre o desenvolvimento emocional do sujeito e seu adoecimento mental.

Após sua apresentação, serão realizadas as considerações acerca do caso clínico, tendo como referencial a teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott.

Embora a abordagem clínica utilizada na época do atendimento tenha sido a da terapia sistêmica de família, considera-se pertinente realizar uma análise winnicottiana em relação à abordagem clínica adotada.

3.1 Caso clínico

O presente caso clínico refere-se a uma família composta por pai/padrasto, mãe, uma adolescente, duas crianças e a avó materna, que mesmo não morando com a família é uma pessoa bastante presente no contexto familiar.

A família foi encaminhada por uma faculdade de Brasília ao serviço de uma clínica-escola especializada no trabalho com famílias, trazendo como queixa inicial a denúncia de espancamento da filha adolescente pelo padrasto. Foram realizados vinte encontros semanais, num período de sete meses.

Para permitir um melhor entendimento sobre a família, apresenta-se a descrição de seus membros, ressaltando que os nomes são fictícios, com o intuito de preservar suas identidades: Maria Eli: 35 anos, mãe, motorista de transporte escolar; Luís José: 37 anos, pai de Juliana e Luís Eduardo, padrasto de Jaqueline,

motorista de transporte escolar; Jaqueline: 17 anos, estudante - 8º ano; Juliana: 7 anos, estudante - 2º ano; Luís Eduardo: 5 anos, estudante - Jardim II; Elodir: 55 anos, avó materna, dona de casa.

A primeira sessão foi realizada com a mãe, os três filhos e a avó materna. Cabe registrar que o pai não participou de sessão alguma.

A mãe, Maria Eli, informou que o motivo da indicação da terapia de família se deu em razão de uma denúncia feita por Jaqueline à delegacia, por ter sofrido violência física de seu padrasto, que bateu nela, em seu nome.

Durante a sessão, Maria Eli desqualifica sua filha Jaqueline, que chama de “essa daqui” e seu marido Luís José, que chama de “criatura”. Maria Eli é a pessoa que fala em nome da família. Sobre os filhos Juliana e Luís Eduardo, informa que são de seu marido e Jaqueline é fruto de um relacionamento com um antigo namorado, com quem permaneceu por oito meses.

Sobre isso, fala que quando Jaqueline nasceu, seu pai estava viajando e ela não avisou que ela havia nascido. Apesar disso, foi o pai quem escolheu o nome de Jaqueline, pois Maria Eli queria que o nome da filha fosse Jussara. Mesmo sendo o pai a escolher o nome da menina, foi preciso que Maria Eli acionasse a justiça para que ele a registrasse. Por conta disso, ela afastou a filha do pai, que durante sua infância a visitou poucas vezes. Porém, atualmente, a filha visita o pai. Jaqueline só começou um contato mais frequente com o pai aos quatorze anos de idade. Relata que foi viver com o marido quando Jaqueline tinha oito anos.

Maria Eli diz que seu marido não ajuda em nada, a desautoriza nas orientações dadas aos filhos, não tem um bom relacionamento com ela e com as crianças e só está com ele, porque não tem para onde ir.

Nesta primeira sessão foi observado que Luís Eduardo brinca e solicita a atenção da mãe o tempo todo, Juliana desenha, Jaqueline fica calada e a avó participa apoiando a filha, principalmente desqualificando o genro.

Nas segunda e terceira sessões, a dinâmica familiar permanece a mesma: Maria Eli como porta-voz da família, Luís Eduardo brinca e interrompe a mãe o tempo todo, Juliana desenha e Jaqueline permanece calada, só falando se solicitada.

Nestas duas sessões, surgiu a questão do despertar da sexualidade dos filhos menores, que a família está com dificuldades de abordar. Luís Eduardo está apresentando “certos comportamentos” junto a uma colega de escola que também tem cinco anos (brincadeira de papai-e-mamãe). Os dois irmãos menores também tomam banho juntos e o pai proibiu, porque estavam fazendo brincadeiras consideradas pelo pai como “indecentes”.

Na quarta sessão comparecem a mãe, os três filhos e a avó materna. Nesta sessão a família foi convidada a desenhar sobre o tema “Como você vê sua família”. A dinâmica foi proposta pela terapeuta com o objetivo de avaliar a integração familiar. Observa-se que a mãe e os filhos menores trabalham em total integração, ficando evidente o isolamento de Jaqueline. A avó também permanece isolada.

Quanto aos desenhos feitos pela família, o que chama atenção é o desenho dos filhos. O desenho de Luís Eduardo retrata o conflito entre seus pais e a violência na família; o de Juliana retrata a necessidade de inclusão da avó, que é excluída por sua mãe. No desenho de Jaqueline começa a aparecer o conflito entre ela e sua mãe, principalmente em relação ao seu pai biológico, que ela idealiza. A mãe fica de braços cruzados e não olha para o desenho de Jaqueline quando ela vai apresentá-lo. Em seu desenho, ela faz uma árvore com sua mãe, seu pai biológico e Luís

Eduardo na copa da árvore, cada um num círculo fechado, Juliana embaixo da árvore e ela, num círculo fechado, acima da árvore subindo rumo ao céu, ao infinito.

Ao apresentar seu desenho, disse que estão num parque, em cima de uma árvore e pensando no futuro. Descreve assim o desenho: “Eu estava no último ano de Informática, já tinha feito Pedagogia para sustentar meus estudos, minha mãe estava fazendo Física, Psicologia e entrando no curso de Direito. Juliana está embaixo da árvore porque não tem espaço para ela em cima e porque tem medo de altura. Está fazendo Odontologia e vai fazer Pedagogia para ser professora e ensinar a avó a montar uma escola no interior. Luís Eduardo vai comprar uma loja de moto, ser oficial da Marinha e médico. Vai trabalhar no Corpo de Bombeiros e ser policial de moto. Meu pai está sendo meu professor como ajudante e eu vou morar com ele”. Por meio do desenho de Jaqueline começam as evidências de pensamentos muito fora da realidade, pensamentos mágicos, podendo ser um indício de psicose.

Considerando as questões que começam a surgir quanto à Jaqueline e tendo em vista as dificuldades de relacionamento ente mãe e filha, a quinta, sexta e sétima sessões foram realizadas somente com a participação das duas.

Na quinta sessão, pela primeira vez, sentam-se uma ao lado da outra. Maria Eli já consegue falar sobre Jaqueline e olhar para ela, mas Jaqueline ainda tem dificuldade de olhar para a mãe e para a terapeuta. Ao se expressar fica de cabeça baixa o tempo todo, só olhando para a terapeuta no final de sua fala. Fica mais evidente a distorção da realidade, principalmente em relação aos estudos por parte de Jaqueline, constatada em relação às suas notas na escola. Considera que tenha melhorado “cem por cento”, só que na realidade não obteve nem cinquenta por

cento das notas necessárias. Foi solicitado à mãe que providencie uma consulta com um psiquiatra para uma avaliação de Jaqueline.

Na sexta sessão, Maria Eli está muito agitada, fala sem parar e fica muito incomodada ao falar sobre sua família de origem, principalmente de seu pai e da forma violenta com que tratava sua mãe. Relata, também, que foi chamada pela psicóloga da escola para ler os bilhetes que Jaqueline enviou a um menino de doze anos com quem está “ficando”, o que para ela significa simplesmente dar beijo e abraço. A mãe do menino descobriu os bilhetes e pegou os dois se beijando em casa, quando voltava do trabalho para casa.

Na sétima sessão, fica evidente a aproximação das duas. Agora, quando Maria Eli fala, Jaqueline presta atenção e responde de forma tranqüila, mas ainda não olha para a mãe. Maria Eli, também está mais tranqüila em relação a sua filha. Emociona-se e sente necessidade de continuar trazendo sua infância, o período da gravidez de Jaqueline e sobre o pai dela. Jaqueline ainda não foi ao psiquiatra.

Nas oitava e nona sessões somente a presença de Jaqueline foi solicitada, para que ela tivesse um espaço só dela para tratar de suas angústias sem a presença da mãe e da família. Nestas sessões, ela relatou sobre o que acontece em casa. Disse que tem um bom relacionamento com o padrasto, tem ciúmes do tratamento que sua mãe dispensa aos irmãos menores, embora ela bata neles, mas é diferente. Segundo ela, a mãe bate nos pequenos e a espanca”. Tem em sua avó materna uma protetora. Chorou mais de uma vez ao falar das surras e agressões de sua mãe. Contou de forma detalhada sobre duas agressões em que sua mãe bateu em sua cabeça com uma panela por estar mal lavada, tendo que ir ao hospital para suturar o corte. À noite, chorava pela dor do corte e pela dor da alma. A outra agressão foi quando sua mãe a amarrou, a amordaçou para não gritar e bateu muito

nela. Além disso, ela tem mágoa da mãe por tê-la trocado de quarto. Ela tinha um quarto bonito com televisão e por não cuidar da limpeza, sua mãe a trocou de quarto com a irmã mais nova. Agora ela divide o quarto com Luís Eduardo e sua irmã Juliana ficou com o melhor quarto.

Na décima sessão optou-se por acatar o pedido de Luís Eduardo em retomar a atividade do desenho da quarta sessão, por ter sido a última sessão em que ele e Juliana participaram. Ele não trouxe conteúdos significativos, Juliana desenhou todos os membros da família fechados em círculos, todos os círculos ligados uns aos outros e dentro de um grande coração com o título “Sonhos da família”. Jaqueline desenhou todos da família felizes com o título “Seja uma família unida” e a mãe, que demonstrou desânimo e apatia desde o início da sessão, desenhou uma paisagem sem pessoas e somente com uma árvore. Disse que, às vezes, tem vontade de desistir de tudo: do casamento e dos cuidados com Jaqueline. Está muito cansada. Pela primeira vez Jaqueline olhou para a mãe. Foi trabalhada a comunicação entre mãe e filha, no sentido de uma melhor escuta uma em relação à outra, com maior clareza em falar o que se quer, o que se sente, se colocando uma no lugar da outra.

Na décima primeira sessão a dinâmica do casal fica bem evidente. Maria Eli e seu marido Luís José brigam na frente dos filhos, ele a agride, ela vai para a casa dos pais, permanecendo por lá por três dias. Ao retornar, não se falam, ele fica atencioso com os filhos e Jaqueline e permanecem assim por muito tempo, até que ele a procura, pede perdão e diz que isso não voltará a acontecer e que precisam criar os filhos juntos e ela o perdoa. Percebe que para que ele tenha um bom relacionamento com os filhos é preciso brigar com ela. Relata que Luís José está incomodado com a terapia e a briga ocorreu assim que retornaram da última sessão.

Entre a décima segunda e décima quarta sessões, observa-se uma mudança na família. A mãe querendo mudar a dinâmica familiar, buscando estudar e mudar de casa. Ela percebe esta mudança e diz que as outras pessoas também percebem, embora não tenha conseguido concretizá-las, pois teria que sair de Brasília e isso, segundo ela, traria mais dificuldades do que benefícios. A mãe está num processo de mudança, mas ainda não consegue romper com a vida que leva com o marido.

Luís Eduardo está mais tranquilo e já consegue brincar com Juliana. Jaqueline buscando um trabalho, para ter liberdade e independência financeira.

Após faltarem por quatro sessões seguidas, em razão de Maria Eli precisar cuidar de seu pai que tem câncer, a família retornou com a dinâmica familiar apresentando um retrocesso ao início da terapia: Maria Eli falando sem parar; Jaqueline calada, triste e cabisbaixa; Luís Eduardo querendo chamar a atenção da mãe o tempo todo e Juliana calada e desenhando.

Maria Eli, apesar de falar compulsivamente está muito abatida e conta que a história de emprego de Jaqueline é uma invenção. A mãe foi a dois lugares que Jaqueline disse ter sido aprovada nas entrevistas para trabalhar e constatou não ser verdade. A filha considera que a mãe é exagerada e está fazendo drama. Para sua mãe, Jaqueline mistura realidade e fantasia. Segundo a mãe, ela está muito preocupada com a amizade com duas irmãs que são suas vizinhas e teme que Jaqueline esteja copiando o modelo da mais velha, que passou a estudar à noite e aos dezoito anos ficou grávida e vai sair de casa. Ela diz que está muito desgastada e à noite, quando chega em casa, descarrega tudo nos filhos, principalmente em Jaqueline. O caos está formado.

Nesta décima quinta e na décima sexta sessão, pontua-se que a dinâmica familiar só mudará se houver disposição e investimento na mudança. Se elas

ocorrerem e forem positivas devem ser reforçadas a cada dia para se concretizarem como uma nova dinâmica familiar. Tenta-se chamar a atenção para que se a mãe grita, bate e amarra, a reação dos filhos será gritar, desobedecer e fantasiar. Os filhos precisam e esperam que a mãe os ouça, entenda, lhes dê ânimo e carinho.

Na décima sétima sessão, percebe-se uma mudança em relação às crianças que começaram a desenhar juntas e numa situação de calma, sem que Luís Eduardo tentasse chamar a atenção da mãe ou brigasse com Juliana. No entanto, Jaqueline demonstra muita ansiedade e parece estar mentindo. Sua mãe traz alguns fatos confusos que aconteceram no decorrer da semana. Disse que Jaqueline desmaiou na rodoviária, quando saiu com a tia, só que elas não acreditam que seja verdade. Disse, também, que Jaqueline ficou muito irritada, quando soube que foi matriculada no período matutino e não no noturno como ela queria, para poder trabalhar durante o dia e estudar à noite, decisão da filha que a mãe não concorda. Começou a dizer na escola que tem AIDS e a orientadora chamou a mãe para falar sobre isso e sobre suas notas baixas. Palavras de Jaqueline: “Eu não agüento mais! Eu quero sair de casa!”. Palavras de Maria Eli: “Eu não agüento mais! Eu vou largar de mão!”

Diante de tantos fatos confusos e conflitos, foi solicitada, mais uma vez, a marcação urgente de uma consulta psiquiátrica para Jaqueline e somente sua presença na próxima sessão. Colocou-se para a mãe que ela é a responsável por sua filha, como uma forma de fazê-la entender que é sua responsabilidade levá-la ao psiquiatra, pois ela está protelando a marcação da consulta. Jaqueline parece estar na linha tênue que pode levá-la à prostituição, drogas e psicose.

Na décima oitava sessão, com a presença somente de Jaqueline, mais uma vez ela reforça que quer estudar à noite, para trabalhar e ter condições de sair de

casa. Atribuiu o desmaio aos seus problemas e insatisfações e também por não haver se alimentado direito. Vem tendo tonturas e passando fome em boicote à sua mãe, porque ela implica o tempo todo. Falou que está tomando remédio para infecção urinária e não soube dizer ao certo como tomar o remédio. Então foi perguntado se ela estava com o remédio, o que de pronto disse que sim, mostrando-o à terapeuta. Constatou-se que o remédio é um anticoncepcional e que ela estava tomando de forma errada. A partir disso, trouxe questões envolvendo sua virgindade que disse ter perdido aos quinze anos com um primo “só para saber como é que acontece”. Disse que “acha” que tem AIDS, por isso falou para suas colegas na escola. Não quer que sua mãe saiba o que está acontecendo com ela.

Na décima nona sessão, seguindo a mesma dinâmica, Maria Eli demonstra cansaço e fala muito. Jaqueline está muito distante e triste. Chorou e disse que a mãe não a entende. Não quer que saiba sobre seus problemas. Foi sugerido que tentem conversar em casa, que tenham atividades que façam juntas e só entre elas, buscando reforçar vínculos e criar afetividade. Para a mãe, sugerimos que entenda que precisa dialogar com a filha e lhe dar um voto de confiança para que ela consiga se abrir e falar o que está acontecendo. As crianças continuam tranquilas.

Na vigésima sessão Maria Eli e Jaqueline parecem mais tranquilas e a mãe concorda que a filha trabalhe durante o dia e estude à noite. A mãe, enfim, levou Jaqueline ao psiquiatra e informou que não conseguiu falar com ele, sendo permitida somente a entrada da filha para a consulta. Da porta do consultório, o psiquiatra informou que Jaqueline “não tem nada” e que irá providenciar um relatório para ser entregue à terapeuta, relatório que não foi recebido pela clínica-escola. As sessões foram interrompidas por motivo de férias e seriam retomadas em trinta dias. No entanto, a família não compareceu mais à terapia.

Após transcorridos quatro meses da última sessão, Maria Eli ligou para a terapeuta e informou que Jaqueline havia tido um surto psicótico e estava internada no hospital psiquiátrico de Taguatinga. O médico havia dito que ela havia apresentado um quadro de psicose, necessitando ser internada para acompanhamento e até que os remédios conseguissem estabilizar seu quadro. Como a terapeuta não estava mais atendendo na clínica-escola, a paciente foi encaminhada para atendimento por sua supervisora. A última informação a respeito de Jaqueline foi de que seu quadro estava estabilizado com os remédios e a terapia.

3.2 Considerações acerca do caso clínico e da teoria de Winnicott

Com a apresentação da ilustração clínica, serão realizadas as considerações sobre este caso específico, em que se observa a influência da família no adoecimento mental do sujeito, relacionando-o à teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott.

Nesta família é evidenciada uma série de disfunções envolvendo o casal, o relacionamento entre pais e filhos e, de modo particular, o relacionamento entre a mãe e a filha na fase da adolescência, que pode ser reportado ao relacionamento inicial entre a mãe e o bebê.

A partir da análise do casal, verifica-se um relacionamento disfuncional entre Maria Eli e Luís José, casados há nove anos.

Segundo Winnicott (1957/2001), o casamento é sujeito a vários distúrbios. Entre eles, destaca a imaturidade do casal, a não conformação e contentamento com o que têm, o não saber lidar com os filhos adolescentes, ou, ainda, a fraca

capacidade de apreciar o sexo e o contato físico entre os dois, levando o casal não suficientemente maduro a optar entre uma tomada de novos rumos de crescimento ou a degeneração pessoal.

Neste casal, o que se percebe é a degeneração pessoal de Maria Eli, por falta de condições financeiras e, talvez, emocionais de tomar outro rumo e uma omissão do marido que nega a participação na terapia.

Outra coisa que se percebe é o caos instalado na família. O casal tem muitos conflitos, com orientações divergentes em relação aos filhos. Estes, por sua vez não respeitam a mãe e a avó, além de demonstrarem ter medo do pai/padrasto. Isso tudo, configura um caos familiar e ratifica o que Winnicott (1957/2001, p. 67) enfatiza ao dizer que “uma família não é o resultado natural de um caso de amor romântico”. Assim, o autor considera que quando o casamento não é bem sucedido, o estado de caos na família tem como causa as extremas dificuldades entre os pais e que impossibilitam a cooperação entre o casal, mesmo quando isso se refira aos cuidados com os filhos.

Uma questão que chama a atenção é a participação ativa de um membro da família de origem da mãe, que é a avó materna (senhora Elodir). A avó é muito presente na vida da família, apoiando a filha e ajudando a cuidar dos netos, suprimindo ou tentando suprir o espaço que não é ocupado de forma satisfatória pelo pai, Luís José. Neste ponto, abre-se uma indagação quanto a esse papel da avó, pois não ficou evidente durante as sessões, se à época do nascimento de Jaqueline ela tenha participado efetivamente nos cuidados de sua filha Maria Eli.

Pelo que Maria Eli descreve de sua mãe, ela é uma mulher muito sofrida, em razão de haver sido muito maltratada pelo marido durante toda a vida. Talvez, a vida

sofrida da mãe não lhe tenha permitido fazer o *holding* necessário à Maria Eli durante o período que envolvia o final da gravidez e início da vida de Jaqueline.

A presença da avó no contexto familiar corrobora com a visão de Winnicott (1957/2001) quando pontua que a família tem seu próprio crescimento e a criança vive uma gradual expansão para a entrada de outros membros da própria família, além de vizinhos e de outras crianças que são importantes para família.

Analisando o comportamento de Luís Eduardo durante as sessões, constata-se que está de acordo com sua faixa etária, que por meio do brincar remete ao que Aberastury (1992 apud Outeiral, 2005, p. 27) pontua:

Ao brincar, a criança desloca para o exterior os seus medos, angústias e problemas internos, dominando-os por meio da ação. Repete no brinquedo todas as situações excessivas para o seu jogo e isto lhe permite, devido ao domínio sobre os objetos externos a seu alcance, modificar um final que lhe foi penoso, tolerar papéis e situações que seriam proibidas na vida real.

Winnicott (1971) ao apresentar a idéia sobre o brincar, busca o entendimento de que o conteúdo da brincadeira não é o mais importante, e, sim, o estado de quase isolamento da criança, comparado ao nível de concentração das crianças maiores e dos adultos. Para ele “a criança que brinca habita uma região que não é possível abandonar com facilidade e na qual não se admitem intrusos” (WINNICOTT, 1971, p. 76 apud OUTEIRAL, 2005, p. 30).

Ao chamar a atenção da mãe o tempo todo durante as primeiras sessões, Luís Eduardo busca uma relação com ela, que Winnicott (1960b/2001) denomina de viva e pessoal, como também busca alcançar a confiabilidade no ambiente em que se encontra, neste caso, no ambiente terapêutico.

No que se refere à sexualidade de Luís Eduardo, também pode-se considerar seu comportamento compatível com sua idade de cinco anos. Segundo Outeiral (2005), no período compreendido dos três aos cinco anos os desejos genitais estão

em alta intensidade e surgem de forma sublimada nas atividades e brincadeiras das crianças, tais como “mamãe-e-papai” e “casinha”.

Sobre o desenho de Luís Eduardo, que retrata o conflito parental, Outeiral (2005) leva à reflexão de que na brincadeira de “família” as crianças têm uma sensibilidade aguçada e percebem como são os adultos e suas brincadeiras costumam refletir o que acontece na realidade.

Quanto à Juliana, de sete anos, que durante as sessões basicamente utiliza o desenho como forma de comunicação e, como seu irmão, vem despertando para a sexualidade, pode-se, também, considerar que está de acordo com sua faixa etária. Outeiral (2005) traz que a criança entre os seis e dez anos está no período de latência, em que o desenvolvimento psicosssexual se detém em uma regressão em que os impulsos sexuais não param e sua energia é desviada para outros fins sexuais, por meio da sublimação. Ela ingressa na escola e passa a se interessar por brincadeiras que têm formas de dramatização, que envolvem o brincar de professora e aluno, o desenhar e o recortar.

A dificuldade de relacionamento entre Jaqueline e Maria Eli, marcante no decorrer das sessões, em que a mãe a desqualifica, não lhe demonstra o mesmo afeto e carinho que tem com os filhos menores, pode ter como pano de fundo a fantasia consciente e inconsciente de sua mãe sobre sua concepção e nascimento, em razão do momento de vida pelo qual Maria Eli passava, pois estava emocionalmente vulnerável em função da ruptura do relacionamento com o namorado, pai de Jaqueline.

Sobre isso, Winnicott (1957/2001) pondera que a atitude dos pais em relação a cada criança tem a influência de vários fatores, entre os quais pode-se citar o

relacionamento entre eles na ocasião da concepção, durante a gravidez, no nascimento e depois do nascimento.

A dificuldade de relacionamento pode ser atribuída, ainda, ao período de vida de Jaqueline, que passa pela adolescência, período esse, em que os pais que não são maduros se veem confrontados por seus filhos e não sabem como agir.

Segundo Winnicott (1957/2001), a imaturidade dos pais interfere na dinâmica familiar, pois não conseguem lidar com o fato do crescimento dos filhos os desafiarem ao próprio crescimento, interrompido na adolescência.

Quanto ao isolamento de Jaqueline em relação à família, evidenciado durante a dinâmica proposta na terapia, Winnicott (1963a/1983) aponta que a preservação do isolamento pessoal do adolescente é parte da procura de uma identidade e para estabelecer uma técnica pessoal de comunicação que não permite a violação do *self* central.

As questões suscitadas por Maria Eli, em que tem necessidade de falar sobre sua infância, a gravidez e o relacionamento com o pai de Jaqueline, talvez se deem em decorrência do papel ou do trabalho da terapeuta que sente como alguém em que possa acreditar e a apoiar na contenção de suas angústias.

Isto pode ser pensado, em razão do que Winnicott (1968b/1994, p. 230), coloca quanto ao trabalho realizado nas primeiras entrevistas em que o paciente tem uma certa capacidade de acreditar na obtenção de apoio e de confiar naquele que o oferece. O autor coloca, também, que o principal trabalho do consultor ou especialista na terapia, talvez “seja da natureza da integração, tornada possível pelo apoio no relacionamento humano, mas profissional - uma forma de sustentação [*holding*]”.

Estas questões colocadas pelo autor, também se aplicam à Jaqueline, que nas três sessões em que foi atendida sozinha, conseguiu verbalizar seu sofrimento e a disfunção do contexto familiar em que está inserida.

Winnicott (1965b/1994, p 246) pontua, ainda, que se um *setting* profissional correto é oferecido, o paciente, que pode ser uma criança ou adulto que está em sofrimento, trará a aflição para a entrevista de uma forma ou de outra. Pode haver, talvez, uma desconfiança ou confiança demais que logo levam às confidências. Para ele, “seja o que for que aconteça, é o acontecer que é importante”.

Maria Eli e Jaqueline tem um processo de comunicação bastante deficiente. Não conseguem se entender. Quando se pensa que o processo de comunicação está prestes a dar os primeiros passos, logo vem alguma situação que lança por terra o progresso que se havia tentado consolidar. Provavelmente na fase mais primitiva do desenvolvimento de Jaqueline, não tenha se concretizado a mutualidade como um começo de uma comunicação silenciosa entre elas, conforme pontua Winnicott.

Ao trabalhar a comunicação entre a mãe e o bebê, o autor conclui que no processo de alimentação não é só a ingestão de alimento pelo bebê que é importante. Neste processo, deve acontecer uma alimentação mútua em que o bebê dá de comer a sua mãe e sua experiência inclui a idéia de que ela sabe o que é ser alimentada. Esta mutualidade é o começo de uma comunicação entre o bebê e sua mãe. Para o bebê, é uma conquista em seu desenvolvimento que depende dos seus processos herdados que o levam ao crescimento emocional e depende, também, da mãe com sua atitude e capacidade de tornar real o que o bebê está pronto para alcançar, descobrir e criar (WINNICOTT, 1969).

A comunicação também está relacionada ao cuidado básico que acontece na interação primitiva do bebê e sua mãe sob a forma de uma comunicação silenciosa, que para acontecer necessita de uma sustentação (*holding*) da mãe, e é uma comunicação de confiabilidade que protege o bebê quanto a reações automáticas às intrusões da realidade externa que lhe causam traumas. A comunicação quando fracassa é ruidosa e traumática, fazendo com que o bebê porte consigo a experiência da ansiedade impensável. Isso o leva a uma característica de personalidade que tem que ser construída em torno da reorganização de defesas que seguem os traumas nos indivíduos com cisão da personalidade.

Ao atender adolescentes Winnicott (1964/1994, p. 250), lembra o quanto é difícil decidir se o adolescente está apenas passando pelas dores da adolescência ou se está enfermo psiquiatricamente, lançando uma dúvida: “Está-se vendo a adolescência, ou uma parada ou distorção da adolescência que é devida à doença?”. Reportando à ilustração clínica em questão, faz-se a mesma pergunta em relação à Jaqueline.

Para buscar responder a esta indagação, além do que já foi exposto, é necessário analisar outros aspectos da época mais primitiva de seu desenvolvimento.

Inicialmente, observa-se que Maria Eli, a mãe de Jaqueline, não teve a presença e nem o apoio de seu pai durante a concepção, a gravidez e depois do nascimento, o que, demonstra um *holding* deficiente para com a mãe, pois, segundo Winnicott (1958/2001), ela também precisa de um *holding* eficiente durante esta fase tão importante para a dupla mãe-bebê.

Com o *holding* deficiente, pode-se pensar em uma preocupação materna primária deficiente, prejudicando a identificação da mãe com seu bebê no

atendimento de suas necessidades, num período muito primitivo do desenvolvimento, em que o bebê é totalmente dependente de sua mãe.

O *holding* deficiente para com a mãe reflete num *holding*, de igual modo, deficiente da mãe para com o bebê. Assim, pode-se pensar numa mãe não suficientemente boa para seu bebê. Vale ressaltar, conforme tratado nos capítulos anteriores, que o *holding* deficiente produz extrema aflição e uma sensação de despedaçamento no bebê e de ansiedades que são geralmente classificadas como psicóticas, no período da dependência absoluta.

Quanto a isso, Mello Filho (1983) pontua que para Winnicott, fundamentalmente através do *holding* materno a criança se sente integrada em si mesma, quando ela tem a sensação de ser uma unidade a partir de seu interior, como também pelos cuidados maternos que envolvem o manipular, o ninar, o dar banho, o chamar pelo nome. As falhas no *holding* da mãe podem provocar a sensação de desintegração e a ameaça de caos, sintomas comuns em psicóticos.

Nas primeiras sessões da terapia, observa-se que a mãe não a chama pelo nome e ao se referir à filha a chama de “essa daqui”. Inferindo em como isso deve ter repercutido em sua vida, pode-se pensar que a mãe não deve tê-la chamado pelo nome em sua mais tenra idade, sendo este apenas um dos fatores que podem ter-lhe causado a sensação de desintegração, por não se sentir una e coesa, uma vez que a mãe estava, ela própria, sem o preparo e amparo suficientes para se colocar no lugar da filha e ter em sua mente a ideia de que ela é uma pessoa completa, proporcionando-lhe, assim, a sensação de integração.

Para o autor, as questões que envolvem a identificação entre a mãe e bebê são tão delicadas e complexas que se a maternagem não for suficientemente boa, a

criança não pode iniciar seu processo de desenvolvimento pessoal e real (WINNICOTT 1960a/2001).

Percorridos os períodos do desenvolvimento até que se chegue à adolescência, com todas as suas vicissitudes, mesmo que este processo não tenha se dado de uma forma pessoal e real, como pondera Winnicott, na adolescência é preciso se haver com a não satisfação das necessidades do bebê numa fase muito primitiva de seu desenvolvimento, que agora se apresenta de uma maneira tal que se torna premente que o adolescente seja visto e ouvido.

Winnicott (1982) chama atenção para o que pode ocorrer na adolescência quando o bebê que tem uma mãe incapaz de viver em seu mundo, ou seja, de se adaptar às suas necessidades, terá que viver no mundo da mãe ou adaptar-se a ela. A criança nesta situação se desenvolve, mas até certo ponto, e quando chega à adolescência ou até mais tarde, formulará, por fim, um protesto apropriado e, então sofrerá um colapso ou só encontrará a saúde mental através da rebeldia ou desafio.

Afirma que este não atendimento às necessidades mais precoces do lactente e que resulta numa falha ambiental, leva, entre outras, à esquizofrenia na infância ou a uma predisposição à doença mental hospitalizável mais tarde (WINNICOTT, 1962a/1983), que de fato se aplica no desenrolar do caso de Jaqueline.

Ressalta-se que com o andamento da terapia, havia sido orientado à mãe, providências no sentido de marcar uma consulta psiquiátrica para Jaqueline.

Embora o psiquiatra que a atendeu em consulta não tenha percebido suas angústias e os indícios de um distúrbio, ela vinha dando sinais de que a qualquer momento poderia eclodir uma situação que a levaria ao desencadeamento de um distúrbio psiquiátrico.

Nesta perspectiva, Marccelli & Braconnier (1989, apud Oliveira, 2004) aponta para a dificuldade do diagnóstico de uma esquizofrenia incipiente durante uma consulta psiquiátrica em que o médico em contato com o paciente em períodos curtos pode não perceber a forma inadequada na qual se apresenta o sujeito em seu contexto, necessitando de um contato mais prolongado ou do agravamento dos sintomas para diagnosticar a doença.

Retornando à Winnicott (1952/2000), conforme já explicitado no capítulo dois, ele afirma que quando existe uma tendência para a cisão básica no conjunto ambiente-indivíduo no estágio inicial, o indivíduo corre o risco de ser seduzido para uma vida falsa e seus instintos se tornam aliados do ambiente sedutor.

Considerando que Jaqueline tenha passado por esta cisão no conjunto ambiente-indivíduo no período da dependência absoluta, pode-se pensar que esta cisão a tenha levado à sedução para uma vida falsa, produzindo o que Winnicott chama de *falso self*, formado para manter o *self* verdadeiro inacessível a condições traumáticas, protegendo-o das agonias impensáveis.

Somado a isso, também pode ser trazida para a análise, neste momento, o que Winnicott nomeou como esquizofrenia latente, que se apresenta em indivíduos tidos como normais e que pode manifestar-se em estágios posteriores do desenvolvimento, em situações de tensão e fadiga.

Segundo Naffah Neto (2010), a esquizofrenia latente está muito próxima da definição de caso *borderline* de Winnicott, no sentido de “uma psicose que está sempre ameaçando irromper de forma crua e que pode ser contida por sintomas psiconeuróticos ou psicossomáticos, que têm por base o funcionamento adaptativo e contentor do falso *self* protetor”.

Naffah Neto (2010), a partir do conceito de falso *self* no contexto das patologias de tipo *borderline* de Winnicott, descreve dois tipos de paciente *borderline*: a personalidade esquizóide e a personalidade “como se” e que considera-se como esclarecedores na análise de Jaqueline.

A personalidade esquizóide tem como característica as falhas de adaptação do ambiente ao bebê, quando estas falhas ainda permitem algum tipo de constituição de objeto subjetivo e de ilusão de onipotência, mas não num nível suficiente para impedir a formação do falso *self* cindido, como defesa (NAFFAH NETO, 2007).

A personalidade “como se” não conseguiu atingir, minimamente, a constituição de um objeto subjetivo, nem de uma ilusão de onipotência, com as deficiências ambientais muito mais incisivas, levando à formação de um único tipo de relacionamento: o do falso *self* com o ambiente, funcionando como uma barreira que protege, através de uma cisão bastante radical, o isolamento do *self* verdadeiro (NAFFAH NETO, 2007). Assim, o indivíduo é levado a habitar uma “casca”, sem contato com quaisquer elementos subjetivos (NAFFAH NETO, 2010).

Para este autor, o falso *self* cindido da personalidade esquizóide é muito mais frágil que o da personalidade “como se”, por estar relacionado ao mundo subjetivo e não ao mundo exterior, sofrendo uma desintegração frente às demandas ambientais mais pesadas e diante de perdas traumáticas impossíveis de serem elaboradas. Assim, “o mundo subjetivo perde o seu escudo protetor, ficando exposto às invasões ambientais, o que leva o esquizóide à necessidade de multiplicar os processos de cisão, a fim de proteger o seu *self* verdadeiro das agonias impensáveis” (NAFFAH NETO, 2010).

E esclarece que este mecanismo descreve as características do surto psicótico:

o *self* verdadeiro tem de se defrontar *diretamente, sem quaisquer mediações* com o mundo externo e com o ímpeto dos impulsos instintivos. [...] a fragilidade do falso *self* [...] leva-o a sucumbir e ser penetrado pelas forças do mundo e dos instintos, advindo estados de pânico, de tipo paranóide, que o obrigam a cindir-se em vários pedaços, a fim de se proteger das agonias impensáveis. (NAFFAH NETO, 2010).

Este autor, ainda, pontua que nos surtos psicóticos, a esquizofrenia latente se torna esquizofrenia manifesta, em que o mundo subjetivo e as forças da realidade externa, ao se interpenetrarem, geram estados confusionais de grande magnitude, com alucinações e delírios. No entanto, Naffah Neto (2010) diz que a alucinação “é uma espécie de lembrança que ganha contornos reais; o delírio, uma forma (distorcida) de *pensamento*; isso significa que esses mecanismos ainda buscam proteger o *self* verdadeiro do colapso total, da queda nas agonias *impensáveis*”.

No que se refere ao falso *self* cindido do tipo personalidade “como se”, Naffah Neto (2010), diz que é mais estruturado, resistente e mais facetado e “pode ser composto de várias personagens dissociadas umas das outras, que podem, alternadamente, ocupar o lugar central, dando muitas vezes a ideia de “múltipla personalidade””. Este tipo de falso *self* também pode sofrer desintegrações, porém mais raras, em razão do grande investimento psíquico para preservá-lo e recuperá-lo, pelo medo do colapso. Se o falso *self* protege o indivíduo da psicose nua e crua, também o leva a extremas sensações de irrealidade, futilidade e falta de sentido na vida, produzindo uma grande desesperança, que, pode resultar em suicídio como única forma de libertação.

E prossegue:

os indivíduos de personalidade “como se” são obrigados a viver na casca, não podendo se utilizar do retraimento defensivo – pelo menos, como *habitat* principal –, sob o risco de perderem a possibilidade de relação objetal (a menos que venham a constituir, via análise, um *objeto subjetivo*

capaz de iniciar a criação de um mundo subjetivo e, posteriormente, de um mundo interno, capaz de introjetar objetos). (NAFFAH NETO, 2010).

Todas as questões aqui suscitadas, levam a duas hipóteses sobre Jaqueline: a primeira - que ela seja o tipo falso *self* da personalidade esquizóide por ter desencadeado um surto psicótico; a segunda, que pelos sintomas apresentados ao longo da terapia parece ser a mais provável - que ela seja o tipo falso *self* cindido da personalidade “como se”, mas que por meio da terapia possa ter dado início à criação de um mundo subjetivo que a fez entrar numa dinâmica de recolhimento esquizóide e, em consequência, ter desencadeado o surto psicótico. Este surto pode ter relação com o que Winnicott (1952/2000, p. 312) coloca: “a esquizofrenia se encontra latente e irá ao final exigir atenção”.

Para Jaqueline, esta exigência se deu na adolescência como um protesto apropriado sob a forma de uma organização de defesas contra as agonias impensáveis que ela possa ter vivido, e talvez, seja uma maneira de dizer “basta”, não dou mais conta de continuar enredada nesta família, carregando suas disfunções e sem ver uma saída.

Enfim, respondendo à indagação de Winnicott quanto ao que se passa na adolescência, nesta ilustração clínica pode-se considerar que aqui ocorreu uma distorção da adolescência devido à doença.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu compreender a importância do papel da família no desenvolvimento emocional do indivíduo, em todas as fases do processo de amadurecimento e os fatores que impactam nesse processo, contribuindo para sua saúde ou adoecimento mental.

Para que o desenvolvimento emocional se concretize de forma satisfatória e contribua para a saúde mental do sujeito, é preciso que o bebê, desde sua concepção, tenha sido uma criança desejada e esperada e ao nascer conte com o amor e os cuidados de uma mãe que lhe seja devotada, no sentido de reconhecer sua dependência e estar constantemente se adaptando às suas necessidades - que vão diminuindo à medida em que o bebê cresce e caminha da dependência absoluta à dependência relativa, e desta, rumo à independência, podendo trilhar todas as fases de sua vida de forma saudável.

No entanto, para que isso aconteça, a mãe também precisa contar com um ambiente atento e acolhedor para que seja suficientemente boa, e quem está apto a fornecer esta proteção e carinho a ela, é o pai e sua própria família.

Se o bebê não dispõe dos cuidados maternos de forma satisfatória nas fases primordiais de seu desenvolvimento, ou seja, não conta com uma mãe suficientemente boa, ele continuará crescendo, independente desses cuidados, em razão de sua tendência inata ao crescimento. No entanto, o ambiente não sendo atento e acolhedor às suas necessidades será um ambiente que falha, fazendo com que o bebê sinta a intrusão desse ambiente, levando-o a reagir e perder sua

sensação de ser. As falhas do ambiente têm repercussões em sua vida psíquica conforme o período em que elas ocorrerem, levando ao adoecimento mental.

Winnicott, ao tratar do adoecimento mental, apresenta a teoria do desenvolvimento emocional do bebê como arcabouço teórico para a compreensão dos distúrbios psíquicos, dentre eles as psicoses, observando que os fenômenos que ocorrem nos estágios primitivos do desenvolvimento emocional são os mesmos que se apresentam no estudo da esquizofrenia em adolescentes e adultos.

Como forma de evidenciar a influência da família sobre o desenvolvimento emocional do sujeito e seu adoecimento mental, apresentou-se neste trabalho, uma ilustração clínica de uma família em que a figura central ou paciente identificado, utilizando a linguagem da terapia sistêmica de família, abordagem utilizada no atendimento deste caso, é uma adolescente que consegue mostrar por meio de seus sintomas, as precárias relações que envolvem sua família em um contexto em que ela, como portadora de uma patologia grave como a psicose na adolescência, denuncia as disfunções na dinâmica familiar a que pertence.

. Com este estudo, espera-se ter demonstrado a importância da família no desenvolvimento emocional do sujeito, por meio da teoria de Winnicott, e ter contribuído com um olhar mais atento, tanto na clínica quanto nos meios acadêmicos, às questões que envolvem a família como o lugar em que o desenvolvimento emocional acontece.

Por fim, sugere-se, a título de novas pesquisas acadêmicas, o estudo comparativo entre a teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott e a terapia sistêmica conjugal e familiar, pois acredita-se ter como resultado uma rica contribuição quanto ao papel da família no desenvolvimento emocional do sujeito.

REFERÊNCIAS

ABRAM, J. **A Linguagem de Winnicott**: Dicionário das Palavras e Expressões Utilizadas por Donald W. Winnicott. Tradução: Marcelo Del Grande da Silva. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

DIAS, E. O. A clínica das psicoses e a teoria do amadurecimento de Winnicott. In: **Infanto - Rev. Neuropsiq. da Inf. e Adol.** 7 (supl. 1), 1999. Disponível em : http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_07S1/in_22_07.pdf . Acesso em: 26 set. 2015. 11:34.

DIAS, E. O. A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica In: **Natureza humana**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 29-46, jun. 2008a. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302008000100002. Acesso em: 17 set. 2015. 11:26.

DIAS E. O. O distúrbio psicossomático em Winnicott. In: R. M.Volich, F. C. Ferraz & W. Ranña (Eds.) **Psicossoma IV**: Corpo, história, pensamento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008b, p. 107-120.

CELERI E. H. R. V. A mãe devotada e seu bebê. In: PINTO, M. C. (Org.). **O Livro de Ouro da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2007, p. 421-434.

HISADA, S. **Conversando sobre Psicossomática**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2011.

MELLO FILHO, J.O desenvolvimento humano e a situação terapêutica. In: **O ser e o viver – Uma visão da obra de Winnicott**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989, p.31-54.

NAFFAH NETO, A. A problemática do falso *self* em pacientes de tipo *borderline*: revisitando Winnicott. In: **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 41, n. 4, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0486-641X2007000400008&script=sci_arttext. Acesso em: 09 nov. 2015. 21:47.

NAFFAH NETO, A. Falso *self* e patologia *borderline* no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes. In: **Natureza humana**, São Paulo, v. 12, n. 2, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302010000200004. Acesso em: 08 nov. 2015. 18:30.

NASIO, J. -D. com as contribuições de Arcangioli, A.-M ...[et al.]. **Introdução às Obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan**. Trad. de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995, p. 177-201.

OLIVEIRA, M. F. B. V. **Relações Familiares e o adolescente psicótico**: o delírio como sintoma da história familiar. 2004. 106 f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. 2004.

OUTEIRAL, J. O. **Adolescer**: Estudos revisados sobre adolescência. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

OUTEIRAL, J. O. (Org.) **Clínica Psicanalítica de Crianças e Adolescentes - Desenvolvimento, Psicopatologia e Tratamento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

OUTEIRAL, J. O. Família e Contemporaneidade. In: **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 40 n.42, jun. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-58352007000100005&script=sci_arttext . Acesso em: 19 set. 2015. 21:30.

URRIBARRI R. Sobre o processo adolescente. In: GRANÃ, R. B.; PIVA A. B. S. (Org.). **A atualidade da psicanálise de adolescentes**: formas do mal-estar na juventude contemporânea. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 35-50.

WINNICOTT, D. W. (1945). Desenvolvimento Emocional Primitivo. In: **Da Pediatria à Psicanálise**: obras escolhidas. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 218-232.

WINNICOTT, D. W. (1948). Pediatria e Psiquiatria. In: **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas**. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 233-253.

WINNICOTT, D. W. (1952). Psicoses e Cuidados Maternos. In: **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas**. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 305-315.

WINNICOTT, D. W. (1956). A preocupação materna primária. In: **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas**. Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 399-405.

WINNICOTT, D. W. (1957). Fatores de integração e desintegração na vida familiar. In: **A Família e o Desenvolvimento Individual**. Tradução: Marcelo Brandão Cipolla. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 59-72.

WINNICOTT, D. W. (1958). O primeiro ano de vida. In: **A Família e o Desenvolvimento Individual**. Tradução: Marcelo Brandão Cipolla. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 3-20.

WINNICOTT, D. W. (1959-1964). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?. In: **O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, p. 114-127.

WINNICOTT, D. W. (1960a). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In: **A Família e o Desenvolvimento Individual**. Tradução: Marcelo Brandão Cipolla. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 21-28.

WINNICOTT, D. W. (1960b). Segurança. In: **A Família e o Desenvolvimento Individual**. Tradução: Marcelo Brandão Cipolla. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 43-48.

WINNICOTT, D. W. (1960c). Família e Maturidade Emocional. In: **A Família e o Desenvolvimento Individual**. Tradução: Marcelo Brandão Cipolla. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 129-138.

WINNICOTT, D. W. (1960d). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: **O Ambiente e os Processos de Maturação**: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, p. 38-54.

WINNICOTT, D. W. (1961). Adolescência. In: **A Família e o Desenvolvimento Individual**. Tradução: Marcelo Brandão Cipolla. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 115-127.

WINNICOTT, D. W. (1962a). Provisão para a criança na saúde e na crise. In: **O Ambiente e os Processos de Maturação**: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, p. 62-69.

WINNICOTT, D. W. (1962b). A criança de cinco anos. In: **A Família e o Desenvolvimento Individual**. Tradução: Marcelo Brandão Cipolla. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 49-57.

WINNICOTT, D. W. (1962c). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: **O Ambiente e os Processos de Maturação**: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, p. 55-61.

WINNICOTT, D. W. (1963a). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: **O Ambiente e os Processos de Maturação**: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, p. 163-174.

WINNICOTT, D. W. (1963b). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: **O Ambiente e os Processos de Maturação**: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, p. 79-87.

WINNICOTT, D. W. (1963c). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In: **O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, p. 225-233.

WINNICOTT, D. W. (1963d). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In: **O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, p. 207-217.

WINNICOTT, D. W. (1963e). Os doentes mentais na prática clínica. In: **O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, p. 196-206.

WINNICOTT, D. W. (1963f). O Medo do Colapso. In: WINNICOTT, C. SHEPHERD, R; DAVIS, M. (Org.). **Explorações Psicanalíticas**. Tradução: José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 70-76.

WINNICOTT, D. W. (1964). Deduções a partir de uma Entrevista Terapêutica com uma Adolescente. In: WINNICOTT, C. SHEPHERD, R; DAVIS, M. (Org.). **Explorações Psicanalíticas**. Tradução: José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 249-259.

WINNICOTT, D. W. (1965a). A Psicologia da Loucura: Uma Contribuição da Psicanálise. In: WINNICOTT, C. SHEPHERD, R; DAVIS, M. (Org.). **Explorações Psicanalíticas**. Tradução: José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 94-101.

WINNICOTT, D. W. (1965b). O Valor da Consulta Terapêutica. In: WINNICOTT, C. SHEPHERD, R; DAVIS, M. (Org.). **Explorações Psicanalíticas**. Tradução: José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 244-259.

WINNICOTT, D. W. (1967). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In: WINNICOTT, C. SHEPHERD, R; DAVIS, M. (Org.).

Explorações Psicanalíticas. Tradução: José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 151-156.

WINNICOTT, D. W. (1968a). A amamentação como forma de comunicação. In: **Os Bebês e suas Mães.** Tradução: Jefferson Luiz Camargo. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 19-27.

WINNICOTT, D. W. (1968b). O Jogo do Rabisco. In: WINNICOTT, C. SHEPHERD, R; DAVIS, M. (Org.). **Explorações Psicanalíticas.** Tradução: José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 230-243.

WINNICOTT, D. W. (1968c). I. O Uso de um Objeto e o Relacionamento através de Identificações. In: WINNICOTT, C. SHEPHERD, R; DAVIS, M. (Org.). **Explorações Psicanalíticas.** Tradução: José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 171-177.

WINNICOTT, D. W. (1969). A Experiência Mãe-Bebê de Mutualidade. In: WINNICOTT, C. SHEPHERD, R; DAVIS, M. (Org.). **Explorações Psicanalíticas.** Tradução: José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 195-202.

WINNICOTT, D. W. **O Brincar & a Realidade.** Tradução: José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1971.

WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo.** Tradução: Álvaro Cabral 6 ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1982.

WINNICOTT, D. W. **Tudo Começa em Casa.** Tradução: Paulo Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 1989. (Psicologia e Pedagogia).